UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"BAREMACIÓN DE LAS PRUEBA PSICOLOGICAS CMAS-R Y STAIC EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS DE EDADES ENTRE 8 Y 9 AÑOS QUE HABITAN EN EL ESTADO DE MEXICO"

ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A (N)

MIRIAM VÁZQUEZ ESPINOZA

Directora: Mtra. **LAURA EDNA ARAGON BORJA**

Dictaminadores: Mtra. **ANA ELENA DEL BOSQUE FUENTES**

Mtra. **SUSANA MELENDEZ VALENZUELA**

fesiztacala unam

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2010

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El principio de la sabiduría es el temor de Jehová

GRACIAS Señor por tu misericordia y la oportunidad que me das de finalizar esta etapa en mi vida. Heme aquí, estoy lista…

Cantaré yo a Jehová,
porque se ha cubierto de gloria;
ha echado en el mar al caballo y al jinete.
Jehová es mi fortaleza y mi cántico.
Ha sido mi salvación.
Este es mi Dios, a quien yo alabaré;
el Dios de mi padre, a quien yo enalteceré.
Jehová es un guerrero.
¡Jehová es su nombre!
Echó en el mar los carros del faraón y su ejército.
Lo mejor de sus capitanes, en el Mar Rojo se hundió.
Tu diestra, Jehová, ha magnificado su poder.
Tu diestra, Jehová, ha aplastado al enemigo.
Con la grandeza de tu poder has derribado
a los que se levantaron contra ti.
Enviaste tu ira y los consumió como a hojarasca.
¿Quién como tú, Jehová, entre los dioses?
¿Quién como tú, magnífico en santidad,
terrible en maravillosas hazañas, hacedor de prodigios?
Extendiste tu diestra;
la tierra los tragó. Condujiste en tu misericordia
a este pueblo que redimiste.
Lo llevaste con tu poder a tu santa morada.
Lo oirán los pueblos y temblarán.
El dolor se apoderará de la tierra de los filisteos.

¡Jehová reinará eternamente y para siempre!

AMADO ESPOSO,

Gracias por tu apoyo ya que gracias a el y a tu amor tuve la confianza de terminar este proceso de la cual tu has sido una parte muy importante.

ISAIAS EMMANUEL,

Gracias por tu paciencia, cuando tenia que dejarte con los abuelos, porque ahora pude terminar con este sueño, el de titularme, te amo pequeñín y espero que crezcas, te fortalezcas y te llenes de sabiduría y la gracia de Dios este sobre ti, no hay imposibles no te rindas jamás.

SARA,

Dios te trajo a nuestra familia en el momento justo gracias a ti he logrado valorar todas las cosas de la vida, sobre todo eso la VIDA, espero que te conviertas en una guerrera ya que desde que estabas en mi pancita lo fuiste y se que así será. No temas ni desmayes que Dios siempre estará contigo. Te amo

MAMÁ,

Gracias por tus oraciones, tu fortaleza, tu ejemplo… no podía menos que seguirlo. De manera especial te dedico este triunfo.

HERMANO, DIANA Y DIEGUITO,

Los amo, gracias por que sé que siempre contare con ustedes y claro que ustedes conmigo, además de amar tanto a ese pedacito de carne de mi Dieguis, gracias por su ejemplo y fortaleza en tiempo de angustia, y que Dios le de aun más de esa doble porción de su unción, los admiro.

QUERIDOS PASTORES CLAUDIO Y PAOLA, han sido un ejemplo de perseverancia, paciencia, amor y fe en Dios, gracias porque sé que siempre están ahí en días de lloro, pero también momentos de gozo, por lo cual me es tan grato el poder compartirles de esta victoria en Cristo Jesús, se que lo que viene es cada vez mejor “y pa´ tras ni para tomar vuelo”…

A LOS PROFESORES QUE CONTRIBUYERON EN MI FORMACION,

el tiempo pasa rápidamente pero las cosas que cada profesor aporto a mi formación, en el tiempo que duro mi paso por la UNAM FES Iztacala, dará fruto a su tiempo, gracias Laura Edna, por tu dedicación y entrega como docente, y asegurarte de transmitir los mejores conocimientos, Ana y Susi, gracias por su apoyo y disponibilidad, y por siempre tener esa paciencia de transmitir sus conocimientos de manera incondicional.

INDICE 2
INTRODUCCIÓN 4
RESUMEN 6

CAPITULO 1 ANSIEDAD 7
1.1 ¿QUE ES LA ANSIEDAD? 7
1.1.1 DEFINICIONES 7
1.1.2 SINTOMAS GENERALE DE LA ANSIEDAD 12
1.1.3 CINCO FACTORES QUE PUEDEN PROVIOCAR LOS SINTOMAS 13
1.1.4 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD 15
1.2 ENFOQUES TEÓRICOS ACERCA DE LA ANSIEDAD 17
1.2.1 LA ANSIEDAD O ANGUSTIA SEGOUN SIGMUND FREUD 17
1.2.2 ANSIEDAD DE ESTADO CONTRA ANSIEDAD DE RASGO 19
1.2.3 MODELO DE LOS TRES SITEMAS O TRIPARTITO DE LANG 19
1.2.4 MODELO CONDUCTUAL 20
1.2.5 EL COGNITIVISMO DE BECK 21
1.3 ANSIEDAD INFANTIL 22
1.3.1 DESVIACIONES EN EL COPORTAMIENTO INFANTIL 22
1.3.2 TRASTORNOS DE ANSIEDAD INFANTIL CON MAYR PREVALENCIA 27

CAPITULO 2 DETECCIÓN DE LA ANSIEDAD INFANTIL 35
2.1 SURGIMIENTO DE LA PSICOMETRIA 35
2.2 ¿QUE ES LA EVALUACIÓN PSICOLOGICA? 37
2.2.1 CONFIABILIDAD 38
2.2.2 VALIDEZ 39
2.2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS TESTS 40
2.2.4 NORMAS DE PUNTUACIÓN 41
2.3 ESCALAS DE MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD INFANTIL 44
2.3.1 CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD EPQ-J 45
2.2.2 CUESTIONARIO DE ANSIEDAD INFANTIL CAS 45

2.3.3 ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS CMAS-R 46
2.3.4 CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD RASGO/ESTADO EN NIÑOS STAIC 51

CAPITULO 3 APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS CMAS - R Y STAIC A UNA POBLACIÓN MEXICANA ENTRE 8 Y 9 AÑOS DE EDAD 56
3.1 PROYECTO EN EL QUE SE INSERTA LA INVESTIGACIÓN 56
3.2 MÉTODO 58
3.3 ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS 61

CAPITULO 4 ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD INFANTIL 74
4.1 TERAPIACON ORIENTACIÓN PSICOANALITICA 74
4.2 TERAPIA DE JUEGO 75
4.3 TERAPIA CONDUCTUAL 76
4.4 PEDIATRIA CONDUCTUAL 76
4.5 TERAPIA COGNOSCITIVA CONDUCTUAL 77
4.6 EL REFORZAMIENTO POSITIVO 77
4.7 EL MODELADO 78
4.8 TECNICAS DE EXPOSICIÓN 80
4.9 RELAJACIÓN 81
4.10 AUTOINSTRUCCIONES 82
4.11 TERAPIA FAMILIAR 83
4.12 TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO 83

CONCLUSIÓN 85

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 87

ANEXOS 88

INTRODUCCIÓN

En una sociedad que se moderniza y cuyo desarrollo se da de manera acelerada, resulta imposible que al cambiar estilos de vida, tecnología y economía, cambio también el comportamiento de las personas, así conductas que no eran contempladas hace algunos años, como son la depresión, trastornos de la alimentación, son ahora el punto central de la atención e investigación. Tal es el caso de la ansiedad infantil que suele estar relacionada con la gran mayoría de motivos de consulta en niños. Y aunque afecta igualmente a una gran población de adultos y personas de la tercera edad, en el presente trabajo me centraré en la población infantil, primeramente dando una revisión bibliográfica de lo que es la ansiedad, lo cual será abordado en el capítulo uno, en el cual se hará una comparación de de diferentes conceptos de ansiedad y cómo es que algunos autores toman este término como sinónimo de angustia, temor y miedo. Además se revisarán los principales síntomas y también las definiciones que las diversas corrientes psicológicas han dado a esta problemática. Por otro lado en el capítulo dos abordare, algunas de las técnicas para identificar la ansiedad en los niños, aquí mismo hablare del surgimiento de la psicometría y como las pruebas psicométricas se han convertido en el medio más confiable de diagnostico en psicología.

Además de proporcionar un conocimiento más detallado de la ansiedad infantil, en el capítulo tres conoceremos las pruebas psicológicas Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) y Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Rasgo/Estado en Niños STAIC, utilizados en la identificación de la ansiedad infantil y como objetivo principal del presente trabajo se busca baremar las pruebas anteriormente mencionadas, con la finalidad de encontrar puntos de comparación de las conductas que reflejan ansiedad en la población infantil mexicana de 8 a 9 años de edad, ya que solo se cuenta con datos Uruguayos y españoles respectivamente para cada prueba, considerados como los más cercanos para comparara a la población mexicana.

Es de gran importancia tener parámetros de comparación de la población mexicana, ya que lo que buscamos al medir cualquier tipo de atributo, ya sea físico o en este caso psicológico

es tener valores relacionados a la población que se estudia así, si nos pudiéramos a medir la estatura de un gran número de personas encontraríamos que muy pocos serian muy altos y otros pocos muy bajos, y la mayoría ocuparían los puestos cercanos a la media ; en estadística la forma que tomaría la distribución de estos datos es el de una curva normal. Analizando el ejemplo anterior podemos decir que es importante tomar en cuenta que no seria lo mismo comparar la altura de una población estadounidense, contra una mexicana, e incluso con una población china; por esta razón es importante tener parámetros de comparación de una población semejante a la evaluada.

Así al baremar las pruebas STAIC y CMAS-R encontraremos que las poblaciones españolas y uruguayas se comportan de diferente manera y que el niño mexicano al desarrollarse en un ambiente que propicia el tener más conductas de ansiedad, suele necesitar presentar mayor número de respuestas relacionadas con ansiedad para considerar que tiene un alto grado de ansiedad a diferencia de los uruguayos y españoles que con menos conductas de ansiedad se consideran como ansiosos.

Por último en capítulo cuatro expondré algunas propuestas de tratamiento dadas por algunas corrientes psicológicas como son el psicoanálisis y la terapia conductual entre otras a fin de conocer algunas alternativas de tratamiento para la ansiedad.

RESUMEN

El presente reporte de investigación tiene como objetivo el transmitir un conocimiento más amplio acerca de la ansiedad infantil, donde veremos como surgió dicho concepto, y como ha sido tema de investigación para diversas corrientes psicológicas, sus principales causas y síntomas presentados en la población infantil, algunos métodos de diagnóstico y alternativas de tratamiento.

Junto a esto se realizó una investigación de campo cuyo objetivo fue encontrar baremos para las pruebas STAIC y CMAS- R con la finalidad de tener parámetros de comparación de las conductas que reflejen ansiedad en niños de 8 a 9 años que se encuentren cursando el 3er. Grado escolar, para lo cual se requirió aplicar dichas pruebas a una población de de 105 niños y niña con los rangos de edades ya mencionados y que vivían en los municipios de Tultitlán y Cuautitlán Izcallí del Estado de México.

Una vez realizada la aplicación se calificaron y se procedió a al análisis estadístico de los resultados obtenidos por la población mencionada, obteniendo así los baremos mexicanos, a través de los cuales identificamos que existen diferencias de comportamiento entre los niños mexicanos y los uruguayos y españoles, así se identifico que la población mexicana suele presentar un número mayor de conductas relacionadas con la ansiedad infantil, por lo que su puntuación en ambas pruebas deberá ser mayor para ser considerado su comportamiento como ansioso, mientras que en las poblaciones uruguayas y españolas, el comportamiento de estos niños es considerado ansioso, con menos respuestas positivas en ansiedad.

Esto nos deja ver que los niños mexicanos están expuestos a más situaciones ansiosas, y que de alguna manera es normal cierto grado de ansiedad en ellos, pero al ser comparados con los parámetros de otros países, (Uruguay y España) su comportamiento seria excesivamente ansioso. He ahí la importancia de este estudio, ya que se obtendrán parámetros útiles para comparar las conductas relacionadas con ansiedad en los niños mexicanos de 8 a 9 años de edad.

CAPÍTULO 1
ANSIEDAD

La ansiedad es un de los problemas psicológicos que con mayor frecuencia es motivo de consulta psicológica en personas de diversas edades tales como adultos, niños e incluso personas de la tercera edad sin importar su sexo o nivel social.

Puesto que en muchas ocasiones los síntomas presentados en estados ansiosos pueden confundirse con muchas otras afectaciones, es importante definir que es la ansiedad, y delimitar sus síntomas, además de observar como ha sido clasificada por diferentes enfoques teórico-psicológicos, para finalmente centrarnos en como esta problemática ataca principalmente a la población infantil, revisando la manera en que se manifiesta y los tipos más comunes de ansiedad infantil detectados.

1.1 ¿Qué es la ansiedad?

1.1.1 Definiciones

Para adentrarnos en el concepto de ansiedad iniciaremos haciendo un análisis etimológico de “las palabras “angor” o “angina” y “angustia” que provienen de la misma raíz griega y latina que significan estrangulamiento, constricción y sofocación, estrechez y estenosis; y refieren a la sensación de opresión o constricción que dominan este cuadro. La angustia es una manifestación afectiva de gran importancia clínica y se caracteriza por un temor a lo desconocido. Por otra parte la palabra ansiedad proviene de “anxietas”, que significan congoja o aflicción, consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad y temor ante lo que se conoce como una amenaza inminente” (Cia, 2002 pag. 33).

No hay tiempo ni lugar registrado en la historia donde el miedo y la ansiedad no sean parte del comportamiento humano, el miedo a lo dañino o a los incidentes que amenacen la vida es una experiencia común en el mundo animal, y una respuesta adaptativa para el ser

humano por lo que a muy corta edad el niño aprende a través de experiencias dolorosas y mediante la enseñanza de adultos y compañeros a anticipar o evitar circunstancias dañinas en potencia (Reynolds 1997).

Podemos decir que “la ansiedad es una respuestas normal llegada al instinto de conservación de la especie, pudiendo transformarse en una respuesta patológica, cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar. Por lo tanto, la ansiedad puede abarcar desde una respuesta normal frente a una amenaza externa hasta una incomodidad o sufrimiento prolongado y obsesivo, caracterizado por temores inadecuados que perturban el funcionamiento cotidiano” (Cia, 2002 pag. 33).

Gandara y Fuentes (1999) manejan términos de ansiedad y angustia como comunes al describirlos como un sentimiento subjetivo que se manifiesta en aprensión, tensión, inquietud temor indefinido, inseguridad o miedo, buscando adaptarse a peligros o amenazas de situaciones reales o imaginarias, además de que están presentes en un gran número de padecimientos, en particular a muchas neurosis que no le permiten tranquilidad a los enfermos.

Diaz Vázquez (1982) menciona diversas definiciones de ansiedad las cuales se muestran a continuación:

- Mc Dougall (1921) “designa a la ansiedad como el nombre que se le da al miedo del que se hace uso para conseguir cierto fin y éste comienza a parecer inadecuado, por lo que nos atormentamos por encontrar una alternativa y regularmente se empiezan a sentir las penas del fracaso” (Díaz Vázquez 1982 pag 65).

- Fairbrain (1929) “menciona que el medio es un estado agudo y la ansiedad un estado crónico, pero en el fondo son una misma cosa” (Díaz Vázquez 1982 pag 66).

- Boven (1934) dice que “la ansiedad debe considerarse como un estado de inquietud viva y prolongada” (Díaz Vázquez 1982 pag 66).

Finalmente Díaz Vázquez (1982) nos da su propia definición describiendo a la ansiedad como “un fenómeno afectivo normal, sin embargo cuando es excesiva resulta un verdadero obstáculo tanto para el desarrollo del niño, como para el adulto, así pues la ansiedad tiene sus raíces en la existencia misma; es endógena y suele revelarse en la niñez temprana, probablemente antes que toda expresión de diversos sentimientos, incluido el miedo, que es reconocido como el primer sentimiento expresado por el niño” (Díaz Vázquez 1982 pag 67).

Cia (2002) menciona también algunas definiciones de ansiedad.

Spilberger (1972) define a la ansiedad como un estado emocional displacentero caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por la activación del sistema nervioso autónomo.

Podemos decir entonces que la ansiedad es la respuesta a algo, pero también puede nacer, surgir de dentro de nosotros mismos con o sin razón aparente, es frecuente escuchar expresiones como “estoy nervioso y no sé por que”, este estado de inquietud es aun más doloroso o incierto que cuando es algo en concreto lo que motiva nuestra respuesta de ansiedad. No se encuentra una explicación para ello, y por lo tanto cuesta más entenderlo, asumirlo y controlarlo. Es evidente que esta ansiedad que nace desde adentro es particular de cada persona y que hay quienes tienen mayor tendencia a sentirla o padecerla y otras que apenas la experimentan (Gandara y Fuentes 1999).

Como ya se mencionó, se considera a la ansiedad como una respuesta adaptativa ante la amenaza, pero en algunos casos la ansiedad puede ser nociva para el funcionamiento efectivo del individuo, es probable que el nivel de ansiedad del individuo sea tan elevado que éste no pueda tomar decisiones o acciones adecuadas para resolver un problema. De manera clara los niveles altos de ansiedad pueden interferir con los procesos de

pensamiento racional –lógico y en este caso la ansiedad se vuelve un problema clínico que necesita terapia profesional (Gangara y Fuentes 1999).

La emoción de ansiedad en reacción a un estimulo amenazante externo puede impulsar al individuo a tomar una acción rápida y a veces drástica para evitar alguna situación dañina. Las respuestas fisiológicas del organismo como lo son el aumento en el flujo de adrenalina, palpitaciones rápidas del corazón, aumento de la transpiración entre otros cambios, señalan el intento de confrontar o escapar de la amenaza. Sin embargo cuando el incidente que se percibe como amenazante en realidad no lo es, entonces el estado emocional de ansiedad resulta una conducta inapropiada y constituye una respuesta no adaptativa para el ambiente

Gandara y Fuentes (1999) señala entonces que existe una diferencia entre la ansiedad normal y la patológica:

Ansiedad Normal	**Ansiedad Patológica**
Es adaptativa y útil para resolver problemas de la vida controlable y lógica que, aunque puede ser incomoda no implica sufrimiento grave.	Inútil, excesiva e inapropiada; no sirve para adaptarse y por el contrario dificulta el rendimiento y la adaptación.
Ansiedad Reactiva	**Ansiedad Endógena**
Motivada por un desencadenante con una reacción comprensible a un suceso o una anticipación de algo puede ser normal y servir para enfrentarse a ello o anormal y dificultar la adaptación.	Aparentemente inmotivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa.

Figura 1. Comparación entre ansiedad normal y patológica y ansiedad reactiva y endógena

Por su parte Díaz Vázquez, (1982) señala que existen ciertas diferencias entre la angustia, el miedo y el temor señalando que:

a) *Angustia:* es un fenómeno afectivo pasajero, pero de gran intensidad. Es la ruptura momentánea completa del equilibrio inestable entre el impulso y la retención, sus causas son predominantemente interiores y con frecuencia de orden físico.

b) *Miedo:* es momentáneo, más intenso que la ansiedad, pero que no tiene la intensidad de la angustia. El miedo ha de considerarse como una emoción que desencadena una reacción inadaptada. Hay que distinguir además entre:

1. Miedo normal: frente a un peligro amenazador real, caso en el cual puede desempeñar un papel útil de avisador del peligro.

2. Miedo absurdo: frente a un peligro imaginario, es decir subjetivo. Parece siempre absurdo al observador y con frecuencia también al paciente.

c) *Temor:* menos momentáneo que el miedo y caracterizado por un elemento representativo y expectativo, la rivalidad entre el impulso y retención se ha desarrollado, en el plano mental y el temor ha de considerarse como un sentimiento. Hay que distinguir también entre:

1. *temor normal:* en la espera de un peligro normal, caso en el cual puede resultar beneficioso.

2. *temor absurdo:* en el que se espera un peligro imaginario o absurdo, que al igual que el miedo puede constituir un obstáculo para el desarrollo de la personalidad y es muy difícil distinguir entre el miedo y el temor absurdo.

Con lo anterior se ha definido que la ansiedad es un estado natural del ser humano que puede volverse patológico cuando es incontrolable por la persona que lo experimenta, que puede llevar a la persona a estados de incomodidad general, mismos que pueden derivar en conductas inadecuadas o paralizantes para quien la sufre, llegando incluso a convertirse en estados de miedo o temor, para aclarar más este punto a continuación se hará una descripción de los síntomas característicos de dichos estados con el objetivo de

diagnosticarla oportunamente y darle un adecuado tratamiento por lo que a continuación se hablará de ellos.

1.1.2 Síntomas generales de la ansiedad

Una de las características de la ansiedad es su variabilidad y su diversidad por lo que Gándara y Fuentes, (1999) establecen cuatro grupos de síntomas relacionados entre sí por nexos relacionados con sus causas y mecanismos de aparición o bien por su manifestación, generalmente suelen presentarse sólo algunos de los síntomas, ya sea de un grupo o de varios, pero raramente una persona presenta todos los síntomas:

1. Síntomas que provienen de los propios sentimientos y vivencias psíquicas.

- Inquietud
- Inseguridad
- Intranquilidad
- Temor
- Miedo
- Tensión
- Ansiedad/angustia

2. Síntomas derivados de los procesos fisiológicos periféricos concomitantes, es decir de las repercusiones o manifestaciones somáticas de la ansiedad.

- Taquicardia (aceleración del pulso)
- Palpitaciones (latidos percibidos conscientemente)
- Sudoración (escalofríos)
- Temblor (sobretodo en actos sociales)
- Boca seca (como cuando se habla en público)
- Inquietud psicomotora (no poder estar quieto, mover las manos, los pies o manipular un objeto reiterativamente)
- Hiperventilación (respiración acelerada)

- Disnea suspirosa (sensación de falta de aire)
- Tensión muscular (dolores de cabeza, cuello y espalda)
- Diarrea o constipación (estreñimiento)
- Polaquiuria (aumento de la frecuencia de la micción)
- Vértigos (o al menos sensación de inestabilidad)
- Hiperactividad (inapropiada o sin finalidad)
-

3. Síntomas dependientes del elevado tono de alteración del sistema nervioso

- Con respecto al sueño: insomnio inicial, pesadillas, hipersomnia diurna, sensación de aumento de sueño que es percibida como agotamiento o fatiga.
- Alimentación: anorexia o hiperfagia (bulimia o ingesta voraz inapropiada para calmar los nervios).
- Sexualidad: Inhibición del deseo, impotencia, anorgasmia.
- Rendimiento intelectual: Dificultad de memoria y atención.

4. Síntomas dependientes de otras variables personales

- Tensión en las relaciones familiares o sociales.
- En ocasiones sentimientos de rechazo o minusvalía.
- Autodepreciación, baja autoestima.
- Deterioro del rendimiento laboral.
- Abuso de sustancias (alcohol, tabaco, drogas y tranquilizantes)

Algunos autores además han dado diversas clasificaciones de los estados de ansiedad por lo que es importante el mencionarlos.

1.1.3 Cinco factores que pueden provocar los síntomas

Peurifoy (2004) menciona cinco factores que pueden interactuar en diversas combinaciones con las creencias y el bagaje emocional de la infancia para provocar la crisis inicial de angustia o ansiedad en una persona.

Un cuerpo sensible; Muchas personas con problemas relacionados con la ansiedad, son particularmente sensibles a ruidos, malos olores y una gran cantidad de cosas que no preocupan a la persona media. La sensibilidad del sistema nervioso varia de una persona a otra, así una persona con una mayor sensibilidad también tiene a menudo mayor "intuición" y tiende a advertir todo tipo de señales sobre las situaciones, esta habilidad sensible e intuitiva muchas veces es una cualidad deseable y atractiva de estas personas, sin embargo en muchas otras ocasiones el tener un cuerpo intuitivo y sensible, tiende a absorber mas información que el cuerpo de una persona normal, por lo que también puede verse sobrecargado o agobiado con mayor facilidad.

Otro factor que complica el problema en el caso de las mujeres es la acción de las hormonas, muchas mujeres manifiestan que sus síntomas de ansiedad empeoran durante su periodo premenstrual.

Condiciones médicas; Como son muchas las condiciones medicas que pueden ocasionar ansiedad y pánico, el primer paso al trabajar con cualquier problema relacionado con la ansiedad consiste en descartar cualquier causa física mediante un examen medico completo. Algunas condiciones medicas asociadas con la ansiedad pueden ser: problemas cardiovasculares, asma, ataques epilépticos, diabetes, hipotiroidismo y problemas del oído interno.

Reacción a medicamentos o drogas: Una amplia gama de medicamentos como los estimulantes, los complementos tiroideos, las medicaciones para los resfriados, los tranquilizantes, los somníferos y ciertos medicamentos para la presión sanguínea, esteroides y antidepresivos pueden causar síntomas de ansiedad. Por último las drogas recreativas, legales o ilegales, como la cafeína, el alcohol, la marihuana, las anfetaminas, la cocaína son también otra posible fuente de síntomas de ansiedad.

Hiperventilación: Hiperventilación significa que la persona respira (ventila) mas rápida o profundamente (Hiper-excesivo) de lo necesario. Cuando una persona hipen/entila genera una serie de cambios químicos en la sangre porque exhala mas dióxido de carbono de lo normal. Esto puede producir síntomas como; taquicardias, sequedad de boca, mareos,

desmayos, leve dolor de cabeza, concentración pobre, visión borrosa, respiración entrecortada, asma, dificultad para ingerir, dolor de estomago sudores, ansiedad, fatiga , debilidad e insomnio. Cuando alguno de estos síntomas es presentado por alguna persona que no tiene problemas físicos que pudieran explicarlos, muchas veces se descubre que es la hiperventilación la que esta desencadenándolos.

Estrés: El estrés debido al trabajo, estudios o problemas relaciónales, o algún acontecimiento vital inesperado, tanto positivo como negativo, desempeña normalmente un papel importante en la aparición de la ansiedad (Peurifoy, 2004).

1.1.4 Clasificación de los trastornos de ansiedad

Echeburrúa (1997) menciona que la ansiedad patológica puede manifestarse de tres formas diferentes:

a) de forma brusca o episódica, en forma de crisis (trastorno de pánico)
b) de una forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada)
c) tras un estrés identificable (trastorno por estrés postraumático)

En otros casos puede ser experimentada cuando el sujeto intenta controlar los síntomas (trastornos fóbicos) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (trastorno obsesivo compulsivo).

Por otra parte Gándara y Fuentes (1999) hacen una clasificación de las características de la ansiedad en situaciones comunes y fácilmente reconocibles hasta por uno mismo

- Ansiedad derivada de los problemas de la vida cotidiana: lo que coloquialmente se llamaría estrés.

- Ansiedad aparecida en el curso de una patología somática: por ejemplo la motivada por una enfermedad grave, ya sea por reacción lógica de temor a sus

consecuencias o bien causada por la propia afectación del sistema nervioso que la enfermedad produce.

- Ansiedad derivada de trastornos mentales: como las que se asocia a las depresiones.

- Por último cualquiera de los trastornos de ansiedad que a continuación se describen: o sea las categorías diagnósticas contenidas en el sistema de clasificación más utilizado por los psiquiatras de todo el mundo, el llamados'"DSM" (Clasificación Diagnostica Estadística de los

Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiatría Americana IV Edición: DSM-IV)

1. Trastornos de ansiedad fóbica:
- Agarofobia (+/- trastorno de pánico)
- Fobia social.
- Fobias específicas.

2. Otros trastornos de ansiedad:
-Trastorno de pánico.
-Trastorno de ansiedad generalizada.
-Trastorno mixto ansioso-depresivo.
3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
4. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación:
-Reacción a estés agudo.
-Trastorno de estrés postraumático.
-Trastorno de adaptación.
5. Trastornos disociativos.
6. Trastornos somatomorfos.
7. Otros trastornos neuróticos

8. Trastornos de ansiedad secundarios a patología somática o a consumo de sustancias.

Ahora es más fácil el entender lo que es la ansiedad puesto que ya se mostraron algunas definiciones, como la han clasificado algunos autores y cuales son sus principales síntomas sin embargo es importante conocer la postura de algunos enfoques teorico-psicológicos al respecto de la ansiedad, con la finalidad observar como la ansiedad ha sido materia de investigación para diversas escuelas y como se ha ido conceptualizando por cada una de ellas.

1.2 Enfoques teóricos acerca de la ansiedad.

Cia, (2002) hace una síntesis de diferentes enfoques teóricos que abordan el tema de la ansiedad, y a continuación se mostrarán algunos de ellos:

1.2.1 La ansiedad o angustia según Sigmund Freud.

La perspicacia clínica de Freud en 1894 citado por Cia 2002 le permitió diagnosticar lo que denomino "Neurosis de Angustia" donde incluyo los siguientes síntomas:

- Excitabilidad general, con insomnio e hiperestesia auditiva.

- Espera angustiosa que después fuera llamada ansiedad anticipatoria, refiriendo que la misma era permanente y latente.

En relación a esta segunda él menciona que las formas de ataque de angustia que hasta entonces conocía son:

A) Con perturbaciones de actividad cardiaca.
B) Con perturbaciones respiratorias.
C) Ataques de sudor a veces nocturnos.
D) Ataques de temblores y convulsiones fáciles de confundir con los histéricos.
E) Ataques de bulimia.
F) Diarreas en forma de ataques.

G) Ataques de vértigo.

Puede observarse que la descripción de estos ataques que hace Freud, presentan semejanzas notables con lo que actualmente se conoce como trastorno de pánico.

Al comienzo de sus estudios Freud teorizó acerca del origen de la ansiedad y de los trastornos psiconeuróticos, considerando que estos eran producto de conflictos sexuales. Esta teoría libidinal fue acompañada después por otros aportes, al considerar que la ansiedad era también una reacción psicológica del Yo, frente a peligros o amenazas del interior o el exterior. Para las teorías psicoanáliticas actuales la ansiedad es una señal para el Yo de un impulso inaceptable que está intentando adquirir representación consciente y liberarse y, como señal, provoca al Yo la adopción de medidas defensivas contra las presiones que provienen del Ello.

Las teorías psicoanáliticas diferencian cuatro modalidades o categorías de ansiedad:

1. *Ansiedad del superyo:* Que comprende los sentimientos de culpa que proceden de una acción que se considera equivocada y a la ansiedad acompañante atribuible al temor a ser descubierto.

2. *Ansiedad de castración:* que se refiere genéricamente a la ansiedad que tiene en común el miedo a las lesiones corporales o a la disminución de la capacidad personal.

3. *Ansiedad de separación:* que comprende la anticipación temerosa a la pérdida de algún vínculo significativo.

4. *Ansiedad impulsiva o del Ello:* se manifiesta sobre todo en individuos con tendencia a la agresión, que temen perder el control de sus impulsos y actuar de una forma irracional.

1.2.2. Ansiedad de estado contra ansiedad de rasgo.

Es una conceptualización más generalizada de la ansiedad descrita por Spilberger 1972, (citado en Cia, 2002) mencionando que una teoría adecuada de la ansiedad debería distinguir conceptual y operacionalmente a la ansiedad como un estado transitorio o como un rasgo relativamente estable de la personalidad. Un estado ansioso se caracteriza por sentimientos subjetivos concientemente percibidos de tensión y aprensión y por una actividad elevada del sistema nervioso, en alguna situación o momento definido, mientras que las tendencias ansiosas o rasgos ansiosos han sido definidos como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa.

Spielberger, Pollance y col., (1984) afirman que las personas con elevada tendencia o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés y responden a un rango más amplio de situaciones, viviéndolas como peligrosas o amenazantes, además de que tienden a ver al mundo de esta manera, experimentando reacciones de ansiedad de estado más frecuentemente y con mayor intensidad que las personas que no sufren una tendencia ansiosa.

Por consiguiente, la ansiedad de estado se considera un curso emocional identificado como un proceso multicompuesto que refleja las diferencias individuales en la predisposición ansiosa.

1.2.3. Modelo de los tres sistemas o tripartito de lang.

Lang, Rice y cols, 1972 (citados por Cia, 2002) han propuesto que las emociones humanas en general y la ansiedad en particular, comprenden respuestas en tres sistemas comportamentales principales, consistentes en componentes independientes de:

a) Conductas motoras.
b) Expresiones lingüísticas.
c) Estados fisiológicos.

Que constituyen el ya mencionado modelo de los tres sistemas

La respuesta motora habitual, en relación a los estímulos que elicitan la ansiedad, comprende conductas evitativas y otros aspectos del comportamiento, como un aumento o una disminución de la gesticulación, cambios en la postura y temblores.

El componente de expresión lingüística, se refiere a los sucesos cognitivos o a la descripción verbal de los mismos, puede comprender toda percepción o evaluación individual del estímulo, incluyendo recuerdos pasados, imágenes o pensamientos específicos, descripciones de la ansiedad, del temor, del terror y del pánico. Su evaluación no es fácil ya que incluye descripciones del sujeto desde sus percepciones de activación fisiológica.

El componente fisiológico de la ansiedad, se asocia con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, con incrementos de la tasa cardiaca, respiratoria, sudoración y tono muscular.

Las situaciones potencialmente ansiógenas, en general tienen efectos en estos tres sistemas, aunque no se pueden tomar como equivalentes puesto que suelen presentar fallas en su concordancia. Una limitante de este sistema es el hecho de que es difícil el identificar al agente causal en relación a la ansiedad, ya que si uno asume que este modelo se refiere simplemente a los modos de respuesta, la reacción no puede ser considerada como causa (Cia, 2002).

1.2.4. Modelo conductual

Los psicólogos conductistas han descartado el concepto de ansiedad como un estado emocional y prefieren examinarla en términos de un estímulo o condición específicos bajo los cuales ocurre. Por ejemplo la ansiedad ante una prueba se presenta debido a que la persona a la que se le aplica la prueba teme tener un resultado inadecuado de la misma. El pánico escénico, las matemáticas, las relaciones heterosexuales y la autoridad son otros estímulos que crean un estado de ansiedad para muchas personas y por tanto se han examinado con frecuencia (Reynolds y Richmind, 1997).

1.2.5. El cognitivismo de Beck.

El constructo central de la teoría cognitiva de la ansiedad en la clínica es el concepto de esquemas; Bartlett, (1932), había definido un esquema como "un cuerpo integrado de conocimiento acumulado en la memoria a largo plazo" (pag. 53). Beck y Clark (1988) afirman que las estructuras cognitivas o esquemas "guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de la información, mediante ellos los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados, mientras que la información inconsistente o irrelevante es ignorada u olvidada."(pag.53).

Los esquemas desadaptativos de los pacientes ansiosos comprenden a las amenazas percibidas físicas o psicológicas, al dominio o territorio personales, así como un sentido exagerado de vulnerabilidad. Otro término descrito por los mismos autores es el modo, el cual consiste en "diversos grupos de reglas y conceptos que son organizados en término de la función de temas generales" (pag. 54), en el caso de la ansiedad el modo que resulta dominante es el de la vulnerabilidad y el peligro.

Cuando una amenaza es percibida los esquemas cognitivos relevante se activan, y los mismos son utilizados para otorgar significado y evaluar un suceso, mediante una serie de ajustes que permiten encajar los esquemas apropiados previos a una amenaza específica. La interpretación final es la resultante de una interacción entre el evento y los esquemas (Cia, 2002).

Cada uno de estos enfoques trata a la ansiedad como un estado que afecta el comportamiento de las personas, en el caso del la ansiedad de estado contra la ansiedad de rasgo, esta teoría fundamenta este trabajo en lo relacionado a la prueba STAIC, mientras que el punto de vista conductual respalda ela manera en la que el CMAS-R toma a la ansiedad como un estado emocional que ocurre bajo ciertos estímulos o condiciones. Pero aunque las pruebas abordadas en este reporte de investigación apoyen su desarrollo en estas teorías, resulta muy interesante conocer cómo otras teorías prestan especial atención

al tema de la ansiedad, ya que este comportamiento se ha convertido en una de las principales causas de consulta a nivel psicológico.

1.3 Ansiedad infantil

1.3.1 Desviaciones en el comportamiento infantil

Cada vez es más común encontrar que se le esta dando mayor atención al estudio de los problemas de comportamiento infantil. Estudios como los de Piaget con niños de todas las edades a través de observaciones sistemáticas, presentándonos como según la edad, estos presentan diferentes características. Freud y su teoría del desarrollo a través de etapas del psicosexuales en el niño figuran entre las aportaciones principales de la investigación a nuestro conocimiento de los aspectos intelectuales de las experiencias del niño (Wolf, 1991).

Según Thomas (2001), en las primeras etapas del desarrollo del niño, las formas de interacción madre-hijo van a ser determinantes en la aparición o no de trastornos ya sea en la infancia y/o adultez de cada individuo, Ronald S. lllingworth en su libro *The Normal Child* 1968 (citado en Cia, 2001) dice que "los problemas de conducta tienen su origen antes del nacimiento e incluso antes de la concepción". Se remonta con frecuencia a la infancia y a la personalidad de los padres, a la clase de vida que han tenido además al afecto y seguridad que han experimentado. Existe la suficiente evidencia para creer que el niño o la niña que fueron criados sin afecto, pueden relacionarse por su parte sin ser capaces de transmitir satisfactoriamente afecto.

Algunos comportamientos en el niño que producen alarma o disgusto en otras personas pude ser el primer indicio de que un niño puede presentar algún problema emocional; el terror nocturno persistente, los hurtos, el orinar en la cama, las negativas para ir a la escuela pueden presentarse antes de que se identifique como tal un trastorno de comportamiento en el niño. El comportamiento inadecuado en el niño puede deberse a una adaptación defectuosa (Wolf, 1991)

Para Wolff (1991), los desórdenes en el comportamiento en el niño pueden clasificarse útilmente en dos grupos principales:

1. Desórdenes de comportamiento neurótico debido a ansiedad excesiva.
Algunos síntomas relacionados con problemas de comportamiento pueden deberse a que el niño está situado bajo presiones excesivas, de modo que tiene que adoptar acciones en masa para soportar el grado de ansiedad.

2. Trastornos producidos por una socialización defectuosa. Los trastornos de comportamiento pueden deberse también a las deficiencias de socialización a las que el niño está expuesto, a faltas de experiencias en los primeros años de vida y en especial a la falta de contactos continuos con la madre, por consiguiente los niños consideran que las normas de la sociedad quedan aparte y no las asimilan.

Como ya se explicó la ansiedad es una respuesta normal adaptativa ante amenazas reales o imaginarias, la mayoría de los niños presentan o experimentan muchos temores leves, transitorios y asociados a una determinada edad, que se superan espontáneamente en el curso del desarrollo (Echeburrúa 1998). Así el temor y la ansiedad son experiencias frecuentes durante toda la infancia y la adolescencia, sin embargo es de gran importancia el diferenciar las expresiones de ansiedad normales, transitorias y apropiadas para el desarrollo, de los estados patológicos de ansiedad (Parmele, 1997).

Desde esta perspectiva, los miedos son respuestas instintivas y universales, sin aprendizaje previo que tienen por objetivo proteger a los niños de diferentes peligros. Según Grav 1971 (citado en Echeburrúa, 1998) los miedos innatos se pueden agrupar en cuatro categorías generales:

1. Miedo a los estímulos intensos (miedos, dolores).

2. Miedo a los estímulos e interacciones sociales desconocidos (temor a las personas extrañas).

3. Miedo a la ausencia de estímulos (miedo a la oscuridad).

4. Miedo a estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana en el transcurso del tiempo (la separación, las alturas, las serpientes).

Echeburrúa 1998, desde una perspectiva evolutiva nos presenta los miedos más frecuentes con orden de aparición en la vida normal de cada individuo, mismos que suelen ser generadores de ansiedad en estas edades.

Edad	Temores más frecuentes
0-1 años	Estímulos intensos y desconocidos. Personas extrañas.
2-4 años	Animales. Tormentas.
4-6 años	Oscuridad, brujas y fantasmas. Catástrofes, separación de los padres.
6-9 años	Daño físico, ridículo.
9-1 2 años	Accidentes o enfermedades, mal rendimiento escolar, conflicto entre los padres.
12-18 años	Relaciones interpersonales, pérdida de la autoestima.

Figura 2. Tabla del desarrollo de los temores en el niño

La desaparición de dichos miedos se dan gracias a la madurez emocional del niño, que supone nuevas capacidades cognitivas y motrices, y las diferentes experiencias de aprendizaje que traen consigo nuevas estrategias de afrontamiento.

Sin embargo es posible que los miedos infantiles dejen de ser transitorios y llegan a convertirse en fobias. Las fobias son una forma especial de miedo que responde a las siguientes características (Echeburrúa, 1998):

- Ser desproporcionado a la situación que desencadena la respuesta de miedo, y/o estar relacionado con estímulos que no son objetivamente peligrosos
- No poder ser eliminadas racionalmente.
- Estar más allá del control voluntario.
- No ser específicas de una edad determinada.
- Ser de larga duración.

- Interferir considerablemente en la vida cotidiana del niño en función de las respuestas de evitación.

Clarizio y Me Coy, (1981) mencionan ciertas características o respuestas conductuales presentadas por los niños, al tratar de manejar los niveles elevados de ansiedad:

1. ***Características motoras:*** Las respuestas motoras están entre los síntomas más comunes en trastornos derivados de la ansiedad. Sus expresiones son con frecuencia de naturaleza activa y pueden incluir episodios de inquietud, retorcerse las manos, berrinches y tirar o romper objetos. Pueden además identificarse actividades pasivas que parecen ser eficaces en la liberación de ansiedad de algunas personas como congelaciones de inmovilidad y pérdidas de control y tonalidad de los músculos (como desvanecerse o la parálisis). Pueden tener además manifestaciones persistentes como por ejemplo el lavado repetido de las manos o el caminar teniendo cuidado de no pisar grietas en el piso, a estos actos repetidos se denominan compulsiones. Y en otros casos la actividad motora puede tener una cualidad ceremonial pronunciada, la preocupación de que los libros se apilen en una línea exacta o que la ropa se acomode en un orden fijo. Y por último se consideran también reacciones motoras que implican la contracción rítmica de músculos pequeños específicos, con frecuencia los faciales, a estas contracciones se le conocen como tics.

2. ***Características somáticas:*** Muchos síntomas suelen presentarse en trastornos derivados de la ansiedad que en muchas ocasiones suelen confundirse con enfermedades físicas reales como son malestar general, perdida de sensibilidad al dolor, perdida de apetito, sentirse mareado, insomnio, dolores de cabeza, irregularidades en la respiración, variaciones del ritmo cardiaco, estreñimiento y hasta perdida de la visión o el oído.

3. ***Trastornos intelectuales:*** Los niveles elevados de ansiedad pueden repercutir en la reducción de las calificaciones obtenidas por los niños. Una gran cantidad de escalas de medición psicológica toman en cuenta la ansiedad en los niños, ya que algunos de los síntomas presentados en estos casos pueden disminuir las funciones intelectuales, como pueden ser la amnesia transitoria, la falta de atención, frecuentes pensamientos irracionales, e incluso la baja autoestima.

4. Desviaciones emocionales: La inhibición y un control excesivo de los impulsos dan como resultado un tono emocional sobrio y excesivamente serio, mientras que otros niños pueden sobrecargarse de excitación durante breves periodos de tiempo de los cuales las explosiones emocionales de ira y los episodios de llanto o risa incontrolable se observan con mayor frecuencia.

5. ***Características del lenguaje:*** Aunque muchos terapeutas han tratado de ligar al tartamudeo con cuadros ansiosos, esto no esta del todo comprobado, por otro lado el volumen bajo si es una característica de personas que cursan por este tipo de trastornos o bien por el otro lado episodios de gritos retumbantes.

Algunos estudios epidemiológicos mostrados por Echeburrúa (1997) muestran que de una población de 2,193 niños de entre 10 y 11 años, al menos el 2.5 por cada 100 presentaba trastornos de ansiedad y depresión, lo que suponía que el 37 por 100 de los casos psiquiátricos atendidos eran por esta causa, es por esto que los trastornos de ansiedad tienen un peso extraordinariamente importante en la psicopatología infantil. Aunque dichos estudios epidemiológicos son muy limitados, encontramos que, los miedos infantiles son muy frecuentes 40 por 100 de la población infantil lo padecen; la ansiedad por separación y la ansiedad excesiva pueden suponer de un 4 a un 2.9 por 100 de la población infantil fobías clínicas se presentan en un 5 por 100 en poblaciones infantiles.

El predominio femenino de los trastornos de ansiedad existe pero no esta tan acentuado en la infancia, como en la vida adulta, este cambio en la distribución sexual tiene en la adolescencia por causas desconocidas Echeburrúa (1997).

Por su parte Wolf en 1991 comenta que muchos de los desordenes del comportamiento relacionados con ansiedad en la infancia son muy comunes, algunos síntomas tienen incidencia en varias etapas del desarrollo, niños y niñas suelen tener problemas diferentes en el comportamiento, además, que los niños se comportan diferente en la escuela y en casa. Estudios revisados por este autor muestran que en niños con edad escolar correspondiente a la primaria, el 15 por 100 de los niños mojan la cama, el 30 por 100 se muerden las uñas y el 5 por 100 cometen hurtos.

1.3.2. Trastornos de ansiedad infantil con mayor prevalencia.

Los trastornos de ansiedad caracterizados por conductas de evitación mas frecuentes en la infancia son las fobias específicas, entre las que destacan la fobia específica, la fobia social y el trastorno de angustia o pánico. Entre los trastornos de ansiedad sin una evitación debemos mencionar la ansiedad por separación y la ansiedad excesiva y finalmente como otros trastornos de ansiedad con otros componentes esta el trastorno obsesivo-compulsivo. Debido a que estos son los trastornos de ansiedad más comunes entre la población infantil mencionaremos de manera más detallada las características de cada una.

Fobia Específica

La fobia específica consiste en un miedo intenso y persistente asociado a objetos o situaciones precisas y claramente delimitadas, de acuerdo con el DSM-IV si se trata de niños o adolescentes menores de 18 años los síntomas deben tener una duración mínima de 6 meses.

Además este sistema de clasificación diagnostico ha establecido 4 tipos de fobias específicas:

1. Tipo animal: Miedos relacionados a insectos, reptiles, peces, aves, ranas, perros, felinos, etc.

2. Tipo ambienta: Miedo a situaciones relacionadas a la naturaleza y fenómenos atmosféricos, aguas profundas, océanos, tormentas, montañas, precipicios, oscuridad, lluvia, etc.

3. Tipo sangre-inyección, herida: Miedo a la contemplación de sangre o heridas y/o sufrir intervenciones medicas, es un tipo que parece diferenciarse de todas las demás fobias porque parece asociarse a estímulos elicitadores diferentes y producen reacciones como la baja de presión y de la frecuencia cardiaca que eventualmente pueden provocar desmayos, lo que contrasta a otras reacciones observadas en otros tipos de fobias.

4. Tipo situacional: El miedo aparece relacionado a situaciones elicitadoras concretas como son aviones, ascensores, coches, puentes, etc.

Las fobias especificas, en particular las de tipo animal o ambiental, suelen poseer un periodo de inicio temprano, durante la infancia, las fobias específicas son mucho más frecuentes en personas del sexo femenino, sobre todo las fobias animales donde aproximadamente el 75-90% son personas de dicho sexo (Buela, 1996).

Fobia social

La fobia social, también denominada ansiedad social, se manifiesta por un miedo intenso y persistente a situaciones sociales en la que la persona se ve expuesta a desconocidos o a la evaluación o enjuiciamiento de los demás, el niño tiende a actuar de forma embarazosa, ponerse nervioso o ser humillado, durante la infancia este miedo suele producirse en contextos sociales con iguales, so solo con adultos (Buela, 1996).

Las fobias sociales se han relacionado con la baja autoestima y tendencia a manifestar miedo a las críticas, en los niños los síntomas de fobia social, además de llantos y rabietas o inmovilización, suelen adoptar otras formas como la tartamudez, reducción de las interacciones sociales, timidez, rechazo con iguales y de participar en juegos de equipo (Buela, 1996).

La fobia social tiene una prevalecía durante la vida de un 3-13% y afecta aproximadamente a 1% de los niños y adolescentes, este trastorno es mas común en el sexo masculino que en el femenino (Parmele, 1997).

Parmele 1997 p.115 nos da ciertos criterios diagnósticos de este tipo de fobia tomados del DSM-IV:

A) Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuación en público, en los que el sujeto se ve expuesto a personas que non pertenecen al su ámbito familiar. NOTA. En los niños es indispensable haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han sido exitosas y que la ansiedad social solo aparece con individuos de su misma edad y no solo con cualquier interacción con un adulto.

B) La exposición a situaciones sociales temidas provoca casi siempre una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o mas o menos relacionada con una situación. NOTA. En los niños ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C) Los individuos reconocen que este temor es excesivo o irracional. NOTA. En los niños puede faltar este reconocimiento.

D) Las situaciones sociales o en publico temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) en publico temidas interfieren acusadamente con la rutina habitual del individuo, con sus relaciones laborales o académicas o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F) En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

Trastorno de angustia (Trastorno de pánico) TA

Gonzáles (2000) nos dice que una crisis de pánico o angustia se caracteriza por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de malestares somáticos y cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (generalmente en 10 minutos o menos), provocando en el sujeto una sensación de peligro o muerte inminente y una urgente necesidad de escapar.

Según el DSM-IV deben presentarse al menos cuatro de los siguientes síntomas para hacer el diagnostico: palpitaciones, sacudidas o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, opresión o malestar toráxico, nauseas o molestias abdominales,, inestabilidad mareo o desmayo, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir y escalofríos o sofocaciones.

Además el DSM-IV distingue tres tipos de crisis de angustia: Inesperada (no relacionada con estímulos ambientales), situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y las que están mas o menos relacionadas con una situación determinada (González, 2000).

Trastorno de ansiedad por separación (TAS)

La característica esencial de este trastorno de ansiedad es por separación, es la ansiedad excesiva (superior a la esperada por individuos con el mismo nivel de desarrollo) que puede llegar al pánico ante la separación real o anticipada del hogar o de las personas con quienes esta vinculado (González, 2000).

En niños pequeños suele observarse una conducta de sombra con la persona con quien establecen el vinculo, generalmente con la madre y ante situaciones de ansiedad o amenaza pueden presentar ademanes suicidas si anticipan una separación de dicha figura. Por otra parte niños mayores o adolescentes suelen preocuparse por accidentes o enfermedades que pueden estar afectando a dichas personas. Dependiendo la edad suelen desarrollarse miedos a oscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes de tráfico y otras situaciones que ponen en peligro a la familia.

Al alejarse de casa o de las personas con quienes esta vinculados pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o en el juego, para evitar a ir a la escuela el niño puede manifestar dolores de cabeza o de estomago, además de rabietas, llanto, tristeza y otras conductas para llamar la atención y evitar la separación (González, 2000).

Trastorno de ansiedad Generalizada (TAG) o Ansiedad Excesiva

Este cuadro clínico se caracteriza por la presencia de ansiedad no realista, obsesiva y generalizada que persiste más de seis meses, lo que contrasta a otros trastornos cuyos estímulos son específicos (González, 2000).

En este caso existen tres grupos de síntomas:

- Preocupaciones generalizadas y excesivas acerca de cada aspecto de la vida.

- Preocupaciones excesivas acerca de la competencia y aceptación sociales.
- Manifestaciones psicofisiológicas de la ansiedad.

Así la sintomatología más relevante es la siguiente:

- Preocupaciones excesivas o poco realistas acerca de sucesos futuros: Los padres describen a sus hijos como tensos y aprensivos a consecuencia de exámenes escolares, situaciones nuevas, viajes y vacaciones. Los niños se describen a si mismos como nerviosos e incapaces de dormir por la noche.

- Preocupaciones excesivas y poco realistas acerca de situaciones del pasado: Pueden dar atención de manera desmesurada a errores y problemas del pasado (reciente o remoto) o preocupaciones de enfermedades o problemas familiares anteriores.

- Marcada autoconciencia: se sienten en tensión cuando se encuentran en situaciones publicas, preocupándose por su apariencia, ser aceptados y no excluidos por el grupo, portarse bien en la escuela y no ser objetos de crítica.

- Sentimientos marcados de tención y falta de habilidad para relajarse: la detección de este síntoma depende directamente de las habilidades y persistencia del evaluador, ya que en ocasiones el niño no cuenta con el lenguaje adecuado para reportarlo o tienden a esconder sus síntomas por vergüenza o miedo.

- La ansiedad o preocupación se asocian a tres o mas de los seis síntomas siguiente, NOTA en niños solo se requiere uno de estos síntomas: Inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.

Estos niños por lo general se portan bien en la escuela, suelen evitar actividades que serian atractivas para su edad como deportes, estos síntomas pueden interferir en las relaciones

normales con otros compañeros, causando rechazo social, aislamiento y fallas al tratar de desarrollar habilidades sociales propias para su edad (González, 2000).

Trastorno obsesivo-compulsivo TOC

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos e impulsos o imágenes que irrumpen estereotipada y repetitivamente en la actividad cotidiana del sujeto. Al menos e inicialmente el sujeto las percibe como intrusivas o sin sentido e involuntarias, aunque son productos de su mente y no vienen impuestas desde afuera y generalmente provocan un incremento de la ansiedad. El niño o el adolescente intentaran ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con otros pensamientos o acciones (rezando, cantando o repitiendo palabras en silencio) esto es mediante compulsiones.

La compulsión es un comportamiento o acto mental de carácter recurrente, estereotipado o intencional cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad asociada a una determinada obsesión (González, 2000).

Los niños con TOC tienden a presentar tanto obsesiones como compulsiones. Los pacientes que presentan solo conductas obsesivas son escasos, en el sexo femenino se describen mas obsesiones mientras que el sexo masculino hay mas compulsiones, la edad media es de unos 10 años y en los chicos hay una tendencia a un inicio más temprano y una aparición mas probable en una etapa prepuberal, en comparación con las niñas.

Los síntomas de los niños tienden a seguir los patrones que aparecen en los adultos con rituales e lavado que afectan a más del 85% de los niños con TOC, de repetición en el 51% y de comprobación con un 46%. El TOC de inicio en la infancia es una enfermedad crónica y desadaptativa. Estudios realizados indican que la mayoría de los niños con TOC requieren de un tratamiento farmacológico de larga duración y que aunque hasta un 80% experimenta mejoría, una gran parte de ellos continúan cumpliendo los criterios diagnósticos del TOC (Parmele, 1997)

Los niños que padecen TOC a menudo llegan a aislarse socialmente, sintiéndose abrumados por las obsesiones y/o miedos a volverse locos, típicamente evitan a los amigos

o actividades, este trastorno puede además ocasionar un empobrecimiento del rendimiento escolar debido a la dificultad para concentrarse (González, 2000).

Hasta aquí se hizo u lista do de los trastornos de ansiedad más comunes en la infancia sin embargo es importante no dejar de lado que los acontecimientos estresantes que pueden desencadenas cualquiera de estos trastornos de ansiedad en la infancia están relacionados con el entorno familiar y escolar fundamentalmente, por ejemplo el divorcio de los padres, enfermedad de un familiar o inadaptación escolar (González, 2000).

Además de que es importante hacer una evaluación oportuna que corrobore el diagnostico con la finalidad de dar un tratamiento oportuno y eficaz en cada caso por esta razón el siguiente capítulo esta dedicado a los diferentes instrumentos de evaluación utilizados en este tipo de padecimientos.

Hasta aquí se ha otorgado un marco general de lo que es la ansiedad, cómo se manifiesta según sus síntomas y cómo se ha clasificado este trastorno, así identificamos que la ansiedad es una respuesta normal ligada al instinto de conservación de la especie, pudiendo transformarse en una respuesta patológica, cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionadamente interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar. Suele resultar un verdadero obstáculo para el desarrollo del niño y del adulto por lo que es importante el diferenciar entre ansiedad normal, que es adaptativa y útil para resolver problemas de la vida controlable y lógica y la anormal que es inútil, inapropiada y no sirve para adaptarse y por el contrario dificulta el rendimiento y la adaptación.

También se identificaron los síntomas más comunes presentados en estados ansiosos y que pueden clasificarse dependiendo de dónde provienen, por ejemplo los provenientes de los propios sentimientos y vivencias psíquicas (inquietud, inseguridad, intranquilidad, etc.), derivados de los procesos fisiológicos periféricos concomitantes (taquicardias, palpitaciones, sudoración, etc.), dependientes del elevado tono de alteración del sistema nervioso (en el sueño, la alimentación, sexualidad, etc.), atendientes de otras variables personales (tensión en las relaciones familiares, baja auiüostima, abuso de sustancias, etc.).

La clasificación de este trastorno se hizo dependiendo de la manera en que se manifiesta ya sea brusca o episódica, de forma persistente o tras un estrés identificable. O bien puede clasificarse según situaciones comunes y fácilmente identificables, como la derivada de los problemas de la vida cotidiana, la apreciada en el curso de una patología somática o la derivada de trastornos mentales. Finalmente se tomó la clasificación del DSM-IV (Clasificación Diagnostica Estadística de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana IV edición).

Por último en este capítulo se mostraron diferentes enfoques teóricos que abordan a la ansiedad dándole diferentes perspectivas como son: la teoría de ansiedad o angustia según el psicoanálisis de Sigmund Freud, teoría de ansiedad de estado contra ansiedad de rasgo, el modelo tripartito de Lang, modelo conductual y el cognitivismo de Beck.

En general estos fueron los temas abordados en este capítulo pero además es de gran importancia abordar de manera específica los estados de ansiedad presentados en la infancia, tema que será abordado en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2
DETECCIÓN DE LA ANSIEDAD INFANTIL

En el capítulo anterior ya se habló acerca de la ansiedad y su prevalecía en la población infantil, sus causas y sus síntomas. Además de cómo distintas teorías psicológicas abordan a la ansiedad y los tipos de ansiedad más comunes en los niños. En este capítulo se abordará la detección de dicha problemática a través del uso de las pruebas psicometrías y Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) y Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Rasgo/Estado en Niños STAIC. Para los cual es importante primero hacer una breve introducción de lo que es la psicometría y los términos clave a fin de entender un poco más acerca del uso de estas pruebas utilizadas en la detección de la ansiedad infantil.

2.1 Surgimiento de la psicometría

En general la psicometría es un conjunto de conceptos teóricos y metodológicos para la construcción y evaluación de instrumentos de medida en psicología. Algunos textos clásicos coinciden en que sus orígenes pueden rastrearse a finales del siglo XIX e inicios del XX, señalando entre otros los planteamientos teóricos de la evolución de Darwin, en biología y el desarrollo de la estadística con personajes como Sperman y Pearson, y el interés por medir las capacidades intelectuales de los individuos (Nava y Vega, 2004).

Galton se propuso en su libro "El genio Hereditario" demostrar que las habilidades naturales del hombre proceden de la herencia, para esto se valió de procedimientos estadísticos para probar sus hipótesis, fue uno de los psicólogos experimentales a favor de los tests, obsesivo en medir casi cualquier cosa. Una de las contribuciones de Galton fue precisamente la introducción de los métodos estadísticos a la psicología y el uso y desarrollo de la estadística correlacional uniéndose con Karlt Pearson quien dio el fundamento matemático a la teoría de correlación actual (Nava y Vega, 2004).

Catell (estudiante de Galton) fue otro psicólogo experimental importante en el desarrollo de los test psicológicos, incluso fue el primero en emplear la expresión de test mental en su artículo "Mental Tests and Measurements" en donde detalló 10 pruebas mentales que él

proponía para usarse con el público en general. Al igual que Galton, Catell consideraba factible obtener una medida de las funciones intelectuales mediante tests de discriminación sensorial y tiempo de reacción (Nava y Vega, 2004).

Estos resultados alentaron a Alfred Binet a desarrollar su escala de inteligencia. Él probó numerosos métodos, como la medida de rasgos físicos, el análisis grafológico, pero finalmente consideró que la forma de medir la inteligencia era midiendo las funciones intelectuales directamente. En 1904 propuso su primer instrumento para evaluar la inteligencia, con el propósito adicional de identificar a los niños, dentro del sistema escolar, con retraso (Nava y Vega, 2004).

Hasta este momento todos los tests psicológicos son escalas individuales, esto es, que sólo se podían aplicar a una sola persona a la vez. Cuando decide EUA participar en la primera Guerra Mundial, se desarrollaron tests colectivos por la necesidad de clasificar rápidamente a millón y medio de reclutas respecto a su nivel intelectual. Los tests aceptados en ese entonces son conocidos como el Alfa y el Beta del Ejército. Esta circunstancia social posibilitó el desarrollo de los tests colectivos a gran escala, lo que no significó necesariamente calidad de los mismos (Anastasi, 1977; citado en Nava y Vega, 2004).

De esta manera la psicometría ha evolucionado y dio las bases para lo que ahora conocemos como evaluación psicológica, misma que es considerada en la psicología de gran importancia ya que nos da las bases para la planeación de una intervención y nos sirve como punto de comparación para determinar el éxito de la terapia (Aragón, 2004).

Así pues la evaluación psicológica es la disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y el análisis del comportamiento de un sujeto o grupo de sujetos humanos (Fernández 1996; en Aragón 2004).

La evaluación psicológica es un proceso indispensable en toda intervención, ya que por lógica, no podemos planear una intervención si antes no tenemos información acerca del problema del cliente, información que sólo nos la puede proporcionar una correcta evaluación (Aragón, 2004).

2.2. ¿Que es la evaluación psicológica?

La evaluación en psicología, en un sentido estrecho, se refiere a diagnosticar, es decir, a detectar la presencia de un estado, un conocimiento, una patología, etc., de acuerdo al campo en donde se esté evaluando , la evaluación psicológica no se conforma únicamente con aplicar algún tipo de prueba o instrumento con la finalidad de conocer el estado actual de un sujeto o grupo de sujetos en cuanto a algún atributo o problema psicológico, sino que va más allá y éste sólo sería el primer paso de un proceso que involucra una toma de decisiones que comprende, a su vez, seleccionar y plantear objetivos de terapia, seleccionar las técnicas y estrategias para la intervención, evaluar continuamente para constatar que los objetivos planteados se van alcanzando así como para detectar posibles problemas en su consecución y evaluar para ver si las metas finales se han alcanzado. De este modo, la evaluación no representa por tanto un fin en sí misma sino que persigue un objetivo eminentemente práctico y como tal está al servicio de la disciplina: su objetivo fundamental no es la explicación sino la búsqueda de medidas prácticas de intervención (Aragón, 2004).

Es importante al hablar de evaluación aclarar que es la medición y que es lo que se mide en psicología, ya que el objetivo final de toda ciencia es describir, explicar y predecir los fenómenos que estudia; para lograr este objetivo, la ciencia debe recoger y comparar datos que permitan fundamentar sus teorías. La medida es el componente esencial de este proceso; la medición es lo que le ha permitido a la psicología alcanzar el status de ciencia y no sólo ser considerada como una doctrina psicológica (Aragón, 2004).

“La medición es por tanto una actividad prioritaria tanto en la ciencia psicológica en general como en la evaluación psicológica en particular. Lo que medimos son "atributos de la conducta" o "atributos psicológicos" (Aragón, 2004). Para que quede un poco más clara la distinción entre medir un objeto o un atributo, digamos que cuando medimos una mesa (que es un objeto físico), más que la mesa como tal, medimos ciertos atributos de ella: su largo, su ancho, su altura; del mismo modo, cuando medimos personas o comportamientos, no los medimos totalmente, sino sólo ciertos atributos psicológicos que nos interesan: motivación, ansiedad, depresión, inteligencia, afrontamiento, personalidad, fumar, etc. Sin embargo, a diferencia de la mesa en que los atributos largo, ancho o altura los podemos medir

directamente por medio de un instrumento que mida longitud, muchos de los atributos psicológicos no los podemos medir directamente, sino sólo los podemos medir indirectamente, por eso se habla de que los atributos psicológicos se miden a través de indicadores; esto es, instrumentos que nos van a mostrar indirectamente el atributo que pretendemos medir" (Aragón, 2004 p.29).

En psicología, la psicometría es la que garantiza que los instrumentos de medición elaborados cuenten con las garantías científicas para su uso. La psicometría es el conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de variables psicológicas; estudia las propiedades métricas exigibles en las mediciones psicológicas y establece las bases para que dichas mediciones se realicen de forma adecuada. El objetivo de la psicometría es proporcionar modelos para transformar los hechos en datos con la finalidad de asignar valores numéricos a los sujetos, sobre la base de sus respuestas (Muñiz, 1992; en Aragón 2004).

Para poder considerar adecuados y científicos, los instrumentos de evaluación de todas las ciencias deben contar con dos requisitos indispensables y la psicología no es la excepción: la confiabilidad y la validez.

2.2.1 Confiabilidad

Es la exactitud, la precisión con que un instrumento de medición mide el objeto, en términos estrictos, la confiabilidad sería la ausencia de errores de medición utilizando un instrumento determinado; sin embargo, en psicología, es difícil utilizar dichos términos en la medición de atributos psicológicos. Como alternativa se utilizan como sinónimo de confiabilidad el de estabilidad de la medida y el de consistencia interna Muñiz 1992 (citado en Aragón, 2004).

"La estabilidad de la medida se refiere a que, al medir un atributo psicológico con un determinado instrumento, éste será confiable si, al evaluar a los mismos sujetos con el mismo instrumento, las medidas obtenidas en la segunda aplicación sean muy similares a las obtenidas en la primera aplicación, esto es, sean estables a través del tiempo, lo cual indicaría que los errores de medición serían mínimos y por tanto la confiabilidad sería aceptable, la consistencia interna se refiere a que, en un instrumento dado, los reactivos que

lo componen son consistentes entre sí en la forma en que están evaluando el atributo psicológico propuesto, esto es, en aquellos sujetos que puntean alto en el atributo, los sujetos de manera individual puntearán alto en aquellos reactivos que tienden a medir dicho atributo y puntearán bajo en aquellos que no lo miden, siendo así consistentes los reactivos entre sí en la evaluación del atributo a evaluar" (Aragón, 2004 p.31).

2.2.2 Validez

Es el grado en que un instrumento de medición mide realmente lo que se propone; es el grado de adecuación, significación y utilidad de las inferencias específicas que pueden derivarse a partir de las puntuaciones de los tests, teniendo en cuenta que lo que se valida no es el instrumento, sino la interpretación de los datos obtenidos por medio de él (Martínez, 1996; en Aragón, 2004). En este sentido, la validez se refiere principalmente a la utilidad de los datos proporcionados por el instrumento, a las inferencias que podemos deducir de la ejecución del sujeto en una prueba.

Existen tres tipos de validez: de constructo, de criterio y de contenido, de acuerdo a la validez que posea un instrumento determinado, en esa medida podemos realizar inferencias sobre la conducta posterior del sujeto evaluado (Aragón y Silva, 2002).

Validez de constructo, que valida un rasgo teórico o constructo hipotético, se validan las cualidades o rasgos psicológicos que mide el test y se valida no sólo el rasgo sino la teoría sobre la que éste descansa; lo que implica que el instrumento mide un constructo o rasgo teórico derivado de toda una teoría psicológica, subyacente al instrumento de medición y a la medida misma, por ejemplo, inteligencia, personalidad.

Validez de criterio, que puede ser concurrente o predictíva, y se refiere a que la medida obtenida por un sujeto en la prueba nos va a ayudar a predecir, en el tiempo presente o a futuro, un comportamiento, es la eficacia de un test en la predicción de situaciones específicas; se compara la actuación del sujeto en un test con un criterio, con una medida directa e independiente de lo que está destinado a medir; debe existir evidencia de que hay una relación entre las puntuaciones del test y las del criterio, por ejemplo aptitudes para el aprendizaje, preferencias vocacionales, selección de personal, un diagnóstico clínico.

Validez de contenido es el grado en que un conjunto de reactivos representan adecuadamente un dominio de conductas; es una muestra representativa de un contenido teórico de conocimientos, habilidades o conductas; mide una muestra representativa de un contenido teórico de conocimientos o habilidades, y en este tipo de validez se garantiza que los resultados del sujeto en la prueba, se puedan generalizar al universo de contenido que la prueba representa, por ejemplo, rendimiento escolar, hábitos de estudio, errores de tipo disléxico, ansiedad, habilidades sociales (Aragón, 2004).

De esta manera, tanto la confiabilidad como la validez son dos requisitos indispensables que debe poseer todo instrumento de evaluación psicológica, lo cual nos garantizará el poder usarlo confiablemente y asegurar que las inferencias y decisiones que de ellos se deriven, serán las más apropiadas (Aragón, 2004).

2.2.3 Clasificación de los tests

De acuerdo a la interpretación, las pruebas se dividen en pruebas objetivas y subjetivas. Las pruebas objetivas nos proporcionan tablas y medidas de comparación de los sujetos contra los cuales comparar su ejecución; dichas tablas y medidas nos permiten interpretar los resultados de una manera clara, objetiva, no ambigua y la interpretación no depende del juicio del evaluador. Así, la ejecución de un sujeto arrojaría los mismos resultados y por tanto sería interpretada de la misma manera por dos evaluadores diferentes, esto es, independientemente del evaluador (por ejemplo, prueba de inteligencia WISC-RM, prueba de personalidad 16PF, prueba MMPI, prueba de percepción visoespacial de FROSTIG) (Aragón, 2004).

Por otro lado, las pruebas subjetivas son aquéllas en que la interpretación de la ejecución del evaluado descansa en los juicios del evaluador, que a su vez dependen de la teoría sobre la que la prueba descansa; aunque hay líneas generales de interpretación, los resultados de un mismo sujeto podrían ser interpretados de diferente manera por diferentes evaluadores (por ejemplo, prueba de las Manchas de Tinta de Roscharch, Prueba del Dibujo de la Figura Humana; Test de la Casa, el Árbol y la Persona). Por la forma de comparación, las pruebas pueden ser referidas a la norma o referidas al criterio. En las pruebas referidas a

la norma, la ejecución de un sujeto se compara contra la ejecución de un grupo o de una población, esto es, contra un grupo normativo (Aragón, 2004).

En las pruebas referidas al criterio, cada individuo es comparado contra un criterio no normativo, contra un criterio arbitrario determinado de antemano, y la ejecución del sujeto se compara para observar qué tanto se aleja o se acerca al criterio establecido, criterio que si bien es arbitrario en el sentido de que no es normativo, se basa en la experiencia y en cuestiones teóricas (Aragón, 2004).

Por su finalidad, las pruebas pueden ser utilizadas para detección, investigación, diagnóstico, selección, predicción, planeación de un tratamiento, intervención, valoración del cambio, etc., Por su modo de aplicación, las pruebas pueden ser de lápiz y papel, orales, de manipulación o ejecución, mixtas y computarizadas (Aragón, 2004).

Por su forma de aplicación pueden ser individuales, colectivas y mixtas.

Por los atributos que evalúan, pueden ser clasificadas, arbitrariamente, en pruebas del área educativa-intelectual (inteligencia, rendimiento, aptitudes, percepción, desarrollo psicológico, aptitudes para el aprendizaje, memoria, hábitos de estudio, lenguaje, etc.), pruebas del área clínica (personalidad, depresión, motivación, ansiedad, habilidades sociales, adaptación, trastorno por déficit de atención, autoconcepto, socialización, autocontrol, afrontamiento, asertividad, etc.) y del área de selección y orientación vocacional (aptitudes vocacionales, preferencias e intereses profesionales y vocacionales, valores, etc.) (Aragón, 2004).

2.2.4. Normas de puntuación

Las pruebas psicológicas nos pueden proporcionar puntuaciones típicas o z, decatipos, percentiles y, en algunos casos, edades escalares, (Aragón 2004).

Las puntuaciones típicas o z son aquellas derivadas de la curva normal; esto es, si al aplicar una prueba a la población elegida, la distribución de las puntuaciones obtenida por los sujetos evaluados sigue una distribución normal, se aprovechan las propiedades de la curva normal para determinar las puntuaciones. Este tipo de puntuaciones se encuentran en las

pruebas que miden inteligencia, desarrollo psicológico, habilidades psicolingüísticas, percepción (Aragón, 2004).

Entre la media y una desviación estándar a la derecha y a la izquierda de la media, se encuentra el 68.26% de los casos (esto es, 34.13% de cada lado), entre la media y dos desviaciones estándar se encuentra el 95.44% de la población evaluada y entre la media y tres desviaciones estándar se encuentra el 99.72% de la población, encontrándose el 0.18% de la población por arriba de tres desviaciones estándares. De esta manera, cuando al aplicar una prueba psicológica en la población elegida, ésta sigue una distribución normal, las puntuaciones normativas para comparar posteriormente a cada individuo evaluado con su grupo de comparación, son la media más y menos una desviación estándar, lo cual significa que se le compara con la ejecución que realiza el 68.26% de la población para determinar lo adecuado o no de su comportamiento. Los decatipos son también puntuaciones derivadas de una distribución de curva normal, sólo que, en lugar de tener la forma de campana de Gauss, es una curva normal planocúrtica, esto es, aplanada, en las que, en lugar de dividirse la curva en seis partes (la media más y menos tres desviaciones estándares), se divide en 10 para los decatipos (la media más y menos cinco desviaciones estándares), La interpretación se basa tomando como norma de comparación los cuatro decatipos centrales: el 4, 5, 6 y 7 y considerando entonces puntuaciones extremas los decatipos 1, 2 y 3 del lado izquierdo de la curva (que representarían al 15.9% de la población con puntuaciones más bajas) y los decatipos 8, 9 y 10 a la derecha (el 15.9% con las puntuaciones más altas) (Aragón, 2004).

Un ejemplo de prueba que se distribuye de esta manera es la serie de pruebas de personalidad elaborada por R.B.Cattell: el cuestionario de 16 factores de personalidad o 16PF, el HSPQ, el CPQ y el ESPQ, que evalúan personalidad como no es factible que toda prueba construida se distribuya normalmente al aplicarla a la población meta -que son la mayoría-, las puntuaciones que se utilizan son los percentiles (o Gentiles), que son las puntuaciones derivadas de una distribución de frecuencia acumulada y dividida en 100 partes, encontrándose en cada parte o percentil de la distribución el mismo número de casos, a diferencia de la curva normal, en que cada parte de la curva tiene un porcentaje

diferente de población. Algunos percentiles importantes son la mediana y los cuarteles primero y tercero (Aragón, 2004).

La MEDIANA (el percentil 50) es el punto de una distribución de frecuencias acumulada que divide a la población en dos partes iguales, esto es, por arriba y por debajo de la mediana se encuentra el 50% de los casos (Aragón, 2004).

Los CUARTILES dividen a la distribución de frecuencia acumulada en cuatro partes iguales, encontrándose en cada cuartil el 25% de la población; así, por debajo del cuartil uno (percentil 25), se encuentra el 25% de la población que obtuvo las puntuaciones más bajas y por arriba del tercer cuartil (percentil 75), se encuentra el 25% de la población que obtuvo las puntuaciones más altas (Aragón, 2004).

De esta manera, si al aplicar una prueba a la población meta sus puntuaciones no se distribuyen normalmente, entonces es conveniente elaborar una distribución de frecuencias acumuladas y determinar los diferentes percentiles, tomando en cuenta que los percentiles de comparación serán el 25 y el 75, ya que entre ellos se encuentra el 50% de la población con puntuaciones intermedias, es decir, es la mitad de la población que se encuentra en medio de la distribución, y con ella se va a comparar la ejecución de los demás evaluados, las edades escalares, mentales o de desarrollo que establecen algunas pruebas, sobre todo las infantiles y algunas para adolescentes, proporcionan la edad promedio de ejecución del evaluado en el rasgo medido. Aquí se debe tener cuidado con la interpretación y no declarar que el evaluado tiene una edad mental de X años, sino especificar que sólo es en el rasgo evaluado (Aragón, 2004)

Hasta aquí hemos dado un panorama amplio a los principios de la psicometría, sus orígenes, sus conceptos principales, con la finalidad de entender específicamente las principales pruebas psicometrías utilizadas en la evaluación de la ansiedad infantil.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior el problema de la ansiedad infantil puede confundirse en muchas ocasiones con otro tipo de afecciones físicas por los síntomas presentados o bien con problemas de conducta, adaptación social y desempeño escolar por

lo que es importante el descubrirla a tiempo y darle la atención más adecuada según sea el caso.

Puesto que no es fácil abordar el tema de la evaluación infantil en los trastornos generales de conducta en la infancia, ya que además de las limitaciones, los instrumentos de medida no son de aplicación a niños muy pequeños que no hayan desarrollado las habilidades de auto observación y auto evaluación adecuadas para expresar las experiencias, los sentimientos y las emociones, así, como la intensidad de los mismos por ello la evaluación psicológica es más compleja en los niños que en los adultos' (Echeburrúa, 1997).

El niño no es capaz de razonar que sus bajas calificaciones son atribuibles al nivel de ansiedad que pudiera estar presentando, además es muy probable de que los maestros, orientadores o psicólogos tampoco estén consientes de las complejas interacciones entres el estrés, las emociones y el desempeño escolar del niño (Reynolds y Richmond, 1997).

Por lo que es de gran utilidad una medida objetiva de la ansiedad que puede estar experimentando el niño (Reynolds y Richmond 1997).

Entre los métodos que pudieran se utilizados en la evaluación de los niños esta la observación directa, por parte de los padres y el niño, adicionando una compilación de entrevistas y cuestionarios, sin embargo el grado de acuerdo entre dichas fuentes suele ser muy bajo (Echeburrúa 1997).

A continuación se hará mención de algunos cuestionarios utilizados en la evaluación de la ansiedad infantil y centraremos especial atención en las escalas CMAS-R y STAIC puesto que el manejo de las mismas son parte del objetivo del presente reporte de investigación.

2.3. Escalas de medición de la ansiedad infantil

Echeburrúa 1997 hace una selección de algunos instrumentos de medida de la ansiedad en específico como La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC) y Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), además de otro que describe en general la personalidad en niños pero que

incluye una dimensión de inestabilidad emocional EPQ-J. Justifica dicha selección basándose en las buenas propiedades psicométricas y el hecho de que han sido validadas con muestras españolas.

2.3.1 Cuestionario de personalidad EPQ-J

El EPQ-J es un cuestionario que se entronca en la teoría de la personalidad de Eysenck (1975) y que tiene por objetivo medir tres dimensiones básicas de la personalidad: inestabilidad emocional, extraversión y dureza, así como una tendencia a conducta antisocial, incluye además una escala de sinceridad.

Se trata de un instrumento con muy buenas propiedades psicométricas, a excepción del factor dureza, esta prueba se puede aplicar individual y grupalmente a niños de 8 a 15 años. El tiempo medio de aplicación oscila entre los 20 y 30 minutos. En esta prueba la dimensión de inestabilidad emocional esta relacionada con la ansiedad, sin embargo la conceptualización de esta como rasgo de personalidad impide la utilización de este cuestionario en forma de medidas repetidas, por ejemplo, para evaluar los cambios tras la aplicación de un programa terapéutico (Echeburrúa, 1997).

2.3.2 Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS).

Se trata de un cuestionario derivado del ESPQ de Catell y aplicable individual o colectivamente a niños de 6 a 8 años, es decir que están escolarizados entre 1- y 3^{Q} de primaria. El tiempo de aplicación oscila entre los 20 y 30 minutos.

Consta de 20 elementos que, que se contestan en una hoja de dibujos con dos opciones de respuesta si/no y que permiten apreciar los niveles de ansiedad en los primeros años de la infancia. Esta prueba tiene un interés doble, por una parte permite explorar el nivel de ansiedad en unas edades de 6 a 8 años mismas que otros instrumentos no están diseñados a evaluar; y por otra parte permite el diagnóstico precoz de la ansiedad infantil, que es de especial interés para los valuadores, ya que esta puede hacer padecer trastornos conductuales y emocionales en la adolescencia.

El CAS tiene propiedades psicométricas satisfactorias, es un instrumento muy útil para controlar y evaluar cada cierto tiempo, y de manera sistemática la evolución de la ansiedad presentada por los niños en un determinado momento (Echeburrúa, 1997).

2.3.3 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R

Se trata de una adaptación de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor para niños y adolescentes, la versión original consta de 53 ítems, pero las versiones posteriores han reducido este número, la escala original se puso a prueba en estados con niños de una escolarización equivalente a niños de 4º y 6º grado pero se ha aplicado a niños mayores con muy bueno resultados (Echeburrúa, 1997).

Taylor (1952) se refirió por primera vez a un instrumento de autoinforme para medir la ansiedad manifiesta en adultos. Para ello selecciono 30 reactivos del MMPI constituyendo así una Escala de Ansiedad Manifiesta (MAS), considerándose útil en la detección de individuos caracterizados por reacciones de ansiedad crónica pocos años después, Castañeda. McCandless y Palermo (1956) informaron sobre una versión para niños la cual llamaron Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS), en esencia la CMAS utilizaba reactivos de la MAS pero expresadas con otras palabras para hacerlas más adecuadas a los niños. Posteriormente se relacionó a la CMAS para determinar si la ansiedad estaba relacionada con la dificultad de las tareas de un aprueba de aprendizaje, con lo que se obtuvieron resultados que revelaron una interacción significativa entre la ansiedad y la dificultad de las tareas (Reynolds y Richmond, 1997).

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS) fue muy popular tanto como instrumento clínico como de investigación. Algunas de las críticas del CMAS fue que algunas palabras fueron consideradas por los maestros como muy difíciles y que no valoraban ciertas áreas de la ansiedad. Los maestros e investigadores querían un instrumento que pudieran usar a través de los años escolares básicos y medio. Por lo tanto la revisión de la CMAS se llevó a cabo para dar solución a todas estas preocupaciones; dando origen así a la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) en 1978 (Reynolds y Richmond, 1997).

La CMAS-R es una de las medidas de ansiedad que puede ser útil al proporcionar una puntuación total de ansiedad, una escala de mentira y escalas independientes para subcomponentes de ansiedad. El objetivo al desarrollar las CMAS-R fue:

a) Crear una medida objetiva de la ansiedad en los niños adecuada para la aplicación en un grupo.

b) Mantener el tiempo de evaluación al mínimo requerido para la evaluación exacta.

c) Promover la claridad de los reactivos y un nivel de legibilidad que hagan adecuada a la escala para emplearse en niños de primaria.

d) Cumplir estándares psicométricos contemporáneos sin dejar de tener una escala práctica.

e) Desarrollar normas a gran escala e información sobre las puntuaciones de ansiedad en diversos grupos de niños.

f) Determinar si la ansiedad manifiesta se trata mejor como unidimensional o si se facilitaría la interpretación al poseer múltiples escalas (Reynolds y Richmond 1997).

A) Descripción general de la prueba

La CMAS-R, subtitulada "lo que pienso y siento", es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o colectiva. El niño responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta "Sí" o "No". La respuesta "Sí" indica que el reactivo esta describiendo los sentimientos o acciones el niño, mientras que la respuesta "No" indica que el reactivo por lo general no lo está describiendo. Si el niño tiene dificultad para leer o marcar la respuesta apropiada, entonces el aplicador puede leer el reactivo y encerrar la respuesta en un círculo (Reynolds y Richmond 1997).

Las respuestas "Si" se cuentan para determinar la puntuación de **Ansiedad Total;** para proporcionar mayor introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cuatro puntuaciones de subescalas además de la puntuación de Ansiedad Total (Reynolds y Richmond 1997);

a) ANSIEDAD FISIOLÓGICA: Indica dificultades de sueño náuseas y fatiga.

b) INQUIETUD / HIPERSENSIBILIDAD: Es una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría vagas y mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional.

c) PREOCUPACIONES SOCIALES / CONCENTRACIÓN: Está muy relacionado con problemas escolares. Se refiere a pensamientos, distractores, miedos de naturaleza social o interpersonal que conducen a dificultades en la concentración y atención.

d) MENTIRA: Detecta conformidad, conveniencia social o la falsificación deliberada de respuestas.

Para su aplicación se requiere solo de las hojas de respuesta y la plantilla para la calificación como material. Se recomienda la aplicación individual en niños menores de 9 años, igual que en niños con problemas de lectura y otras discapacidades (Reynolds, Richmond 1997).

B) Instrucciones

Las instrucciones para el niño están impresas en la parte frontal del cuestionario, estas instrucciones son: "Aquí hay varias oraciones que dicen como piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "si" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un circulo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marque "Si" y "No" en la misma pregunta. "No hay preguntas buenas o malas sólo tu puedes decirnos como piensas y te sientes respecto a ti mismo. Recuerda después de que leas cada oración pregúntate ¿Así soy?, si es así encierra en un circulo I palabra "Si" de lo contrario encierra la palabra "No" (Reynolds y Richmond 1997).

C) Calificación

La CMAS-R consta de cinco puntuaciones; la puntuación de ansiedad total se basa en 28 reactivos, los cuales a su vez se dividen en tres subescalas de ansiedad; ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración. Los nueve reactivos restantes son parte de la subescala de mentira (Reynolds, Richmond 1997).

Para calificar las pruebas se deben de seguir los siguientes pasos.

1.- Una vez que se tiene la escala resuelta, es importantes verificar que no haya reactivos que se hayan marcado Si y No al mismo tiempo. Si hay reactivos con doble marca no se deben de tomar en cuenta al calificar.

2.- Se coloca la plantilla sobre la hoja de respuestas de manera que la columna correspondiente a ansiedad total se encuentre directamente encima de la columna en que se ubican las opciones de respuesta.

3.- Se cuenta el número de respuestas marcadas con un círculo que se observan a través de los rectángulos transparentes. Después se anota la suma en la parte frontal de la escala en la columna correspondiente a la puntuación natural.

4.- Para calificar cada subescala se desliza la plantilla y se realiza el mismo procedimiento.

5.- Después de obtener todos los puntajes naturales, se buscan los precentiles y puntuaciones escalares correspondientes en las tablas del manual y se anotan las puntuaciones en los espacios correspondientes (Reynolds y Richmond 1997).

D) Interpretación

Las respuestas totales identificadas en esta prueba proporcionan información clínica útil para entender y ayudar al chico en cuestión, por lo que la adecuada interpretación es de suma importancia para el tratamiento (Reynolds y Richmond 1997).

Las puntuaciones significativas y consideradas como un alto grado de ansiedad, que se van a tomar en cuenta para la interpretación son aquellas cuyo puntaje en bruto, al

transformarse en percentil caiga en más de 75, tomando en cuenta que en las puntuaciones de 25 a 75 se encuentra el 50% de nuestra población.

ANSIEDAD TOTAL: Las puntuaciones pueden variar de O a 28 puntos. Y una vez trasformadas a su puntuación centil, las puntuaciones que caen a más del centil 75, nos indican la necesidad de información, consulta y seguimiento posterior para el beneficio del niño.

ANSIEDAD FISIOLÓGICA: Una calificación alta sugiere que el niño tiene cierta clase de respuesta fisiológica que típicamente se experimentan en la ansiedad (Reynolds y Richmond 1997).

INQUIETUD / HIPERSENCIBILIDAD: la puntuación alta nos indica que es un niño que internaliza gran parte de la ansiedad experimentada y que por tanto puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad. Es decir, se preocupa, es una persona miedosa, nerviosa o de alguna manera hipersensible a las presiones ambientales. Esto sugiere que el niño o adolescente experimenta una fuerte necesidad de aprender a analizar los sentimientos y enfrentarse con esta de manera más abierta y compartir estos sentimientos con otras personas que deseen ayudarlo (Reynolds y Richmond 1997).

PREOCUPACIONES SOCIALES / CONCENTRACIÓN: Los reactivos que la componen expresan una autocomparación con otras personas o expresan cierta dificultad de la concentración. Los niños que expresan una puntuación alta pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas y no se sienten tan buenos, efectivos o capaces como otros (Reynolds y Richmond 1997).

MENTIRA: Los ítems detectan conformidad, conveniencia social o la falsificación deliberada de las respuestas. Una puntuación extremadamente baja es probable que experimente ansiedad pero tenga dificultad para expresarla. Una calificación alta indica un autoinforme poco preciso (Reynolds y Richmond 1997).

La interpretación de respuestas para los reactivos individuales también puede ser útil en el entendimiento de los autoinformes de ansiedad del niño. Los maestros orientadores y psicólogos pueden emplear estas respuestas para entender de manera más completa la autopercepción de la ansiedad en, el niño así como la conveniencia social expresada en los reactivos de la Mentira (Reynolds y Richmond 1997).

2.3.4. Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Rasgo/Estado en Niños STAIC

A) Descripción general de la prueba

El cuestionario de autoevaluación STAIC tiene como antecedente es test STAIC para adultos del mismo autor; inicialmente se diseño como una herramienta de investigación en el estudio de la ansiedad en escolares de primaria, este cuestionario esta formado por dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: La Ansiedad-Estado y La Ansiedad-Rasgo (Spielberg y cols. 1973).

La escala de Ansiedad-Estado (A-E) contiene 20 elementos con los que el niño puede expresar como se siente en un momento determinado, y la escala de Ansiedad-Rasgo (A-R) comprende también 20 elementos con los que el sujeto puede indicar como se siente en general (Spielberg y cois. 1973).

La escala de A-E aprecia estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (subjetiva y conscientemente percibidos) de aprensión, tensión que fluctúan y varían de intensidad con el tiempo. La medida A-R comprende también 20 elementos con los que el sujeto intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, por lo tanto ante situaciones percibidas como amenazadoras, los niños con elevado A-R tienden a responder con elevaciones de A-E (Spielberg y cols. 1 973).

La escala A-E puede ser útil como indicador de niveles de ansiedad transitoria como medida de efectividad de los procedimientos de desencibilización y condicionamiento opuesto en terapias de la conducta, en diseños experimentales para seleccionar sujetos con predisposición a la ansiedad y en la discriminación experimental o para detectar tendencias comportamentales neuróticas en niños escolarizados (Spielberg y cols. 1973).

B) Instrucciones

Para su aplicación es necesario el manual que contiene las bases teóricas, descripción, justificación estadística y normas de aplicación e interpretación; hoja de respuestas y plantillas de corrección (Spielberg y cols. 1973).

Los autores mencionan además, que puede autoaplicarse sin la necesidad de una persona certificada, pero es importante que alguien con estas características este presente en el momento de la aplicación (Spielberg y cols. 1973).

Primero se deben anotar los datos de identificación que se encuentran en el encabezado de la hoja de respuestas, si es necesario obtener algún otro dato que no se encuentre en el formato, sólo se deberá añadir (Spielberg y cols. 1973).

Las instrucciones están impresas en la hoja de respuestas y el aplicador debe leerlas en voz alta mientras el evaluado lo hace en voz baja, una vez resueltas las dudas, el examinador deberá ejemplificar la manera de responder, realizando la tarea de la primera opción. Deberá señalar que la respuesta se elegirá escribiendo una cruz sobre la opción escogida. La instrucción para la escala A-R no debe modificarse nunca, pero en el caso de la instrucción para la escala A-E, el examinador puede enfocar su interés en un periodo determinado de tiempo utilizando las siguientes frases: " lo que sentías cuando realizabas la tarea...;" "momentos antes de...;" "cuando tenías delante el estímulo...", o "cuando en tu casa ocurrió...". Es necesario dejar claro que deben contestar cómo se sienten AHORA para la Escala A-E (primera parte) y cómo se sienten EN GENERAL para la escala A-R (segunda parte) (Spielberg y cols. 1973).

C) Calificación

La hoja de respuestas, en la parte posterior, se encuentra dividida en dos secciones, cada una de las cuales corresponde a la evaluación de A-E y A-R, respectivamente Por último,

hay que revisar que no se hayan hecho anotaciones dobles en ningún reactivo (Spielberg y cols. 1973).

Si algún niño omite uno o dos elementos, hay que prorratear la puntuación de la siguiente manera: a) dividir la puntuación obtenida en los elementos contestados entre el número de éstos, b) multiplicar el resultado por 20 y c) redondear el producto al valor entero superior. Si se omiten más de dos elementos, se invalida la prueba (Spielberg y cols. 1973).

Para calificar, hay que tomar en cuenta que en la sección de A-E, la mitad de los reactivos están redactados en forma positiva y la mitad en forma negativa; de esta manera, se debe colocar la plantilla sobre la hoja de respuestas de manera que las palabras "Nada", "Algo" y "Mucho", del recuadro A de la plantilla, coincidan con la hoja de respuestas y se suman aritméticamente las respuestas que se transparenten. Esos son los puntos positivos A (Spielberg y cols. 1973).

Se coloca de nuevo la plantilla de modo que el recuadro B coincida con las mismas palabras y se suman los puntos obtenidos en las respuestas que se transparenten. Esos son los puntos negativos B (Spielberg y cols. 1973).

Se calcula la diferencia positivos y negativos y se le suma la constante 40, es decir: A-E = (A-B)+40. Esa es la puntuación directa de la escala.

Para calificar la sección A-R y se suman los puntos obtenidos. Esa suma es la puntuación directa de la escala (Spielberg y cols. 1973).

D) Interpretación

Una vez obtenidas las puntuaciones directas, el resultado puede interpretarse de dos formas (Spielberg y cols. 1973):

1. En su valor absoluto, atendiendo a la especificación de las conductas ansiosas reconocidas por el sujeto.

2. En su valor relativo mediante la comparación de los resultados directos con los de la muestra normativa y su transformación en una puntuación derivada.

La muestra normativa para la elaboración de los baremos, estuvo formada por 484 varones y 1094 mujeres con edades de 7 a 16 años y de 4° de EGB a 3° de BUP. En la tabla 7 del manual, se encuentran los puntajes para la transformación de la puntuación directa a dos tipos de puntuación: la centil de tipo ordinal y la típica S de media 50 y desviación típica 20. Se localiza el puntaje en el cuerpo de la tabla, de acuerdo al sexo del evaluado hasta encontrar el valor directo, a la misma altura se halla la puntuación centil (en la primera columna de la izquierda) y la puntuación S (en la última columna de la derecha) (Spielberg y cols. 1973).

Una vez obtenidas estas puntuaciones se pueden interpretar, tomando en cuenta que aquellas puntuaciones cuyos percentiles hayan caído a más de 75, así podríamos decir que una puntuación alta de Ansiedad de Estado (A-E), nos indicaría que al momento de la aplicación el niño estaba pasando por un estado de ansiedad.

Mientras que un centil mayor a 75 en Ansiedad de Rasgo (A-R), nos indicaría que el niño presenta como rasgo de personalidad, algunas características de ansiedad, lo que puede hacer que en su comportamiento diario, y ante ciertas situaciones el niño presente ansiedad.

Hasta aquí se ha dado la explicación necesaria con los principales conceptos utilizados en psicometría como son el origen de la misma y su utilidad en psicología además de que se aclaró qué es la evaluación psicológica y su importancia en la psicología como ciencia, se aclararon términos como confiabilidad y validez, así como de la clasificación de los diferentes test y el uso de las diferentes normas de calificación de los mismos, a fin de comprender el uso de los test que se utilizaron en esta investigación CMAS-R y STAIC.

Además en este capítulo se hizo una descripción de las pruebas CMAS-R y STAIC como herramientas para detección de la ansiedad en niños, la forma en que se desarrollaron estos Tests, su forma de aplicación, calificación e interpretación. Los temas tratados en este capítulo son de gran importancia para adentrarnos en los que es la parte medular de este reporte de investigación, que es la baremación de las puntuaciones de las pruebas CMAS-R

y STAIC y el identificar si existe correlación entre ambas pruebas, por lo que en el siguiente capítulo se explicarán los procesos de la investigación y los resultados obtenidos, así como la descripción de estos resultados.

CAPÍTULO 3
APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS CMAS - R Y STAIC A UNA POBLACIÓN MEXICANA ENTRE 8 Y 9 AÑOS DE EDAD

3.1 Proyecto en el que se inserta la investigación

La presente investigación forma parte del proyecto "Unidad de Evaluación Psicológica Iztacala", el cual tiene como finalidad responder a los fines que la Universidad persigue, como son educar, investigar y proporcionar servicio al país con sentido ético y de servicio social. El proyecto centra sus esfuerzos en tres áreas fundamentales: el servicio, la investigación y la docencia, los objetivos generales de cada área son:

Servicio.- A través de la aplicación de instrumentos de evaluación psicológica:
a) Proporcionar elementos de juicio para hacer decisiones adecuadas en los ámbitos clínico, educativo, de educación especial, laboral y vocacional.
b) Canalizar al individuo al servicio de tratamiento adecuado, y
c) Proporcionar la información a los agentes institucionales sobre los niveles de ejecución de un sujeto o de un grupo de sujetos.

Investigación.- Considerando las necesidades de la unidad de evaluación:

a) Evaluar la calidad del servicio,
b) Diseñar y construir instrumentos de evaluación,
c) Confiabilizar instrumentos de evaluación,
d) Validación de los instrumentos, y
e) Estandarización de instrumentos, diseñando estudios encaminados a investigar cuáles son las condiciones más adecuadas para utilizar un determinado instrumento e indagar cuáles son las normas pertinentes para comparar las puntuaciones de un individuo.

Docencia.- Tomando en cuenta las características y objetivos de la institución:

a) Delimitar el campo de la evaluación psicológica respecto a diferentes teorías, explicando los supuestos teóricos y metodológicos en los que se sustenta,

b) Enseñar los diferentes procedimientos existentes para elaborar instrumentos de evaluación psicológica,

c) Elaborar cursos encaminados a la formación de profesionales en la identificación y selección del método de medición a utilizar en una determinada situación de evaluación y en la capacitación para la aplicación e interpretación de los resultados arrojados por los instrumentos de avaluación.

Como puede observarse este proyecto abarca tres dimensiones esenciales en relación a la evaluación psicológica con la finalidad de proporcionar un desarrollo en dicha área, la cual es de suma importancia en la elaboración de programas preventivos, de tratamiento y de capacitación.

Como parte de una de las metas en relación con el área de investigación, el presente proyecto tiene como objetivo obtener los baremos para México de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada), el cual ha sido normalizado para la población uruguaya por Reynolds y Richmond (1997), y del Cuestionario de Ansiedad Infantil, normalizado para la población española por Spielberg y cols. (1973). Cabe resaltar que la importancia de dicho objetivo reside en que en México se cuenta con muy pocos instrumentos adecuados a nuestro contexto, además de que ellos, son elaborados en otros países, por lo que los puntajes que se obtienen al aplicarlos en la población mexicana no cuentan con una adecuada confiabilidad y validez.

Planteamiento del problema

Como ya se expuso en los capítulos anteriores, la ansiedad cada vez es más común entre la población infantil, los cambios sociales, culturales y económicos pueden ser sólo algunos de los motivantes de que niños de edades escolares manifiesten estos síntomas, de ahí la importancia de contar con instrumentos de evaluación confiables que midan lo que se requiere y estén adaptados para la población que así lo necesita. Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo fue realizar la baremación en el Estado de México de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) elaborada por Reynolds y Richmond la cual ha sido normalizada y adaptada para la población uruguaya, así como Cuestionario de

Autoevaluación Ansiedad Rasgo/Estado en Niños STAIC, estandarizada por Spielberger para la población española.

Objetivos

1.- Baremar las puntuaciones a obtener en la administración de dichos instrumentos (cuestionarios).

2.- Determinar si hay correlación entre ambos instrumentos.

3.- Comparar los baremos mexicanos obtenidos, con las puntuaciones tanto españolas como uruguayas.

3.2 Método

Población

Escolares de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 8 y 9 años, que cursen el trecer año de educación primaria en el Estado de México.

Muestra:

Se seleccionaron en total 103 estudiantes que se encontraban cursando el tercer grado de primaria, 52 en el municipio de Cuautitlán Izcalli de la escuela Primaria Calpulli del Tuno Matutino y 51 del municipio de Tultitlán de la escuela Primaria Lic. Adolfo López Mateos del Turno Matutino. La selección fue con los grupos disponibles en cada una de las escuelas y principalmente que cumplieran con el requisito de la edad y que cursaran el tercer grado.

Instrumentos:

Se utilizaron las pruebas Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños -Revisada (CMAS - R) y el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Rasgo/Estado en Niños (STAIC).

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS - R); valora el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes. Esta escala brinda cuatro

puntuaciones de subescalas además de la puntuación de Ansiedad Total: las subescalas Fisiológica, Inquietud/Hipersensibilidad, Preocupaciones sociales/ Concentración y Mentira a partir de 37 reactivos. **(Anexo 1)**

El Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Rasgo/Estado (STAIC) en Niños; formada por dos escalas, constituidas por 20 elementos cada una. En los primeros 20 reactivos el niño puede expresar como se siente en un momento/determinado (Ansiedad Estado), y en los siguientes 20, el niño puede expresar como se siente generalmente (Ansiedad Rasgo). **(Anexo 2)**

Diseño de investigación:

Debido a que los instrumentos utilizados son cuestionarios, se utilizó el diseño de campo, ya que se llevó a cabo en el medio donde se desenvuelven los participantes.

Tipo de análisis:

El tipo de análisis que se llevó a cabo fue cuantitativo, ya que se realizó la baremación de ambos instrumentos y cualitativo puesto que se explicó como se comportaron los datos obtenidos comparados con los datos uruguayos y españoles respectivamente.

Procedimiento:

Por principio se solicitó el permiso por medio de una carta, a los directivos de ambas escuelas para la aplicación de los instrumentos CMAS - R y STAIC, dicha aplicación se realizó en forma colectiva dentro del salón de clases correspondiente a cada grupo y escuela.

Se procuró que el ambiente de trabajo fuera ameno para que la aplicación de los instrumentos se llevara a cabo en condiciones óptimas, y para que los niños respondieran motivados y por consecuencias en forma honesta. Se hizo la presentación de la evaluadora quien dio las instrucciones asegurándose de que estas fueran claras y no existiera ninguna duda por parte de los niños al contestar la prueba.

Para CMAS-R las instrucciones fueron: Tacha "Si", cuando la oración que lea a continuación esté describiendo tus emociones o manera de pensar (se explicaron estos términos y se aclararon dudas) o marca "No" cuando sea lo contrario.

Para el STAIC se les dijo que este cuestionario está dividido en dos partes; Para STAIC las instrucciones se dieron en dos partes: 1ª. En la primera parte encontraras unas frases usadas para decir algo de ti mismo, lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras AHORA. 2ª. En la segunda parte encontrarás más frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor como te SIENTES EN GENERAL, no solo en este momento, no hay respuestas buenas ni malas, no te detengas demasiado en cada frase y contéstala señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras GENERALMENTE. Al final se dio un tiempo para aclarar dudas.

La calificación de los cuestionarios se realizó conforme a las plantillas indicadas en el manual para cada instrumento, sin embargo para la captura de los datos se asignaron puntajes que determinaban la respuesta que cada alumno daba, en donde se puntuaba 1 si la respuesta era "Si" y 2 a las respuestas "No" para CMAS-R. Para STAIC en la primera parte se puntuaba 1 si la respuesta indicaba nada, 2 si indicaba algo y 3 si la respuesta era mucho y para la segunda parte 1 si la respuesta era casi nunca, 2 si la respuesta era a veces y 3 si la respuesta era a menudo.

Se realizó un análisis estadístico a través del programa SPSS 10.0 para obtener, en primer lugar, las respuestas que reflejaban ansiedad en cada una de las subescalas de la CMAS-R y en el STAIC; posteriormente se realizó el calculo correspondiente para la baremación de la distribución de cada una de las áreas o subescalas de los cuestionarios, así como la correlación entre ambos, y, finalmente se realizaron las comparaciones entre las puntuaciones españolas y uruguayas con las mexicanas.

Las etapas de la presente investigación fueron las siguientes:

1) Selección de las escuelas para la aplicación de los cuestionarios.

a) Contacto con las escuelas en las que se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios.

b) Solicitud de la autorización de los directivos de cada una de las escuelas.

2) Aplicación y calificación de los cuestionarios:

a) De acuerdo con los directivos, la aplicación de los cuestionarios de llevó a cabo en el salón de clases de cada grupo.

b) Aplicación de los cuestionarios a los alumnos de cada una de las escuelas; de acuerdo a la fecha y hora establecidas previamente.

c) Calificación de cada cuestionario con su plantilla correspondiente.

d) Captura de las respuestas de cada cuestionario aplicado.

3) Análisis de los datos resultados y conclusiones

a) Análisis estadístico correspondiente de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.

b) Redacción de los resultados, conclusiones y discusión con base en los resultados obtenidos.

3.3 Análisis y descripción de resultados

Después del proceso de aplicación y calificación de cada una de las pruebas, además del análisis de los datos en el programa SPSS 10.0 pude encontrar que de los 103 niños evaluados que se encontraban cursando el tercer grado de primaria, 51 fueron niños y 52 niñas.

Y se observó al comparar las calificaciones obtenidas por cada uno con los baremos mexicanos para CMAS- R **(Anexos 2 y 3)** y para STAIC **(Anexos 4 y 5) que:**

CMAS-R	
Ansiedad total	33% de la población
NINAS	NIÑOS
11. 63% -12 niñas	10.67% 11 niños

STAIC	
A-E 22.33% de la población	A-R 25.24% de la población
NINAS (A-E)	NIÑOS (A-E)
11. 6% 12 niñas	10.67% 11 niños
NIÑAS (A-R)	NIÑOS (A-R)
10.67% 11 niñas	9.7% 10 niños

Imanen 3. Porcentajes de la población que presentaron una elevada ansiedad total en CMAS-R y altos niveles de ansiedad de Estado y Rasgo en STAIC.

De la población total, el 33% presentaron ansiedad elevada, al ser evaluados por los baremos mexicanos obtenidos para CMAS-R. De los cuales 11.63% son niñas y 10.67 niños, lo que nos indica que por un pequeño porcentaje las niñas mexicanas son más propensas a presentar un nivel elevado de ansiedad en comparación con las niños mexicanos, mientras que al ser evaluados con STAIC, se encontró que, de la población total 22.33%, 23 niños presentaron una elevada Ansiedad de Estado, de los cuales, (11.6%) 12 fueron niñas y (10.67%) 11 fueron niños.

Mientras que el 25.24% de la población total, 26 niños reportaron, presentar un elevado número de conductas relacionadas con una elevada ansiedad como rasgo, de los cuales, (15.53%) 16 fueron niñas y (9.7 %) 10 fueron niños.

Por otra parte al comparar las puntuaciones baremos mexicanos con las puntuaciones uruguayas, para la prueba CMAS-R en ansiedad total se observa que:

BAREMOS MEXICANOS			PUNTUACIONES URUGUAYAS		
Percentil	Puntuación bruta		Percentil	Puntuación bruta	
	Niños	Niñas		Niños	Niñas
0-25	0-11	0-9	0-25	0-7	0-8
26-75	12-20	10-16	25-75	8-14	9-16
76-100	21-28	17-28	75-100	15-28	17-28

Figura 4. Comparación de los Baremos Mexicanos y las puntuaciones Uruguayas de Ansiedad Total

Observando estas puntuaciones totales podemos identificar que existen algunas diferencias entre la población mexicana y uruguaya específicamente en el comportamiento relacionado con ansiedad por parte de niños y niñas de las dos poblaciones. Así podemos ver en el caso de los niños mexicanos que estos necesitan obtener una puntuación de 21 o más para considerar que presentan ansiedad, puesto que al apoyarnos en la estadística este 21 equivale a un percentil de 75, que es el limite en que basamos un estudio poblacional, para considerar dicha puntuación por arriba de el comportamiento normal de la población. Además al comparar estas puntuaciones con las de la población uruguaya nos encontramos con que los niños uruguayos solo requieren de un puntaje de 15 para considerar que su comportamiento relacionado con ansiedad esta por arriba de lo normal, con estos datos podemos identificar que los niños mexicanos suelen estar más expuestos a situaciones que desencadenen comportamientos ansiosos, así mientras que en México un niño que tenga puntuaciones de 0 hasta 20 su comportamiento seria normal, en Uruguay un niño con solo15 puntos ya estaría considerado ansioso, por lo que reiteramos la importancia de esta investigación ya que al evaluar a niños mexicanos con parámetros de población igual, los resultados son más confiables.

Por otra parte al comparar el comportamiento de las niñas mexicanas en comparación con los niños, estas requieren de de 17 puntos para considera que su conducta es ansiosa por lo que podemos decir que las niñas en comparación con los niños mexicanos están menos expuestas a situaciones que desencadenen ansiedad, esta diferencia puede deberse en parte a la diferencia existente entre los hábitos de crianza y expectativas puestas en los niños mexicanos a diferencia de las niñas.

Por último al comparar los datos de las niñas mexicanas con las uruguayas, vemos aquí que no existe diferencia entre el comportamiento de ambas poblaciones.

En lo concerniente a cada subescala de CMAS-R se encontró que:

En la subescala de **Ansiedad Fisiológica,** que se compone de 10 reactivos y esta asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad; como dificultades de sueño, nausea, fatiga,

etc. Una calificación alta en esta subescala sugiere que la persona tiene alguna clase de respuestas fisiológicas y típicamente se experimentan durante la ansiedad. Dentro de esta subescala encontramos que (22.3%) 23 alumnos presentan ansiedad fisiológica de los cuales (10.6%) 11 son hombres y (11.6%) 12 son mujeres. Por lo que se identifica que las mujeres tienen mayor incidencia de conductas relacionadas con este tipo de ansiedad.

NIÑOS	NINAS
10.6% 11 niños	11.6% 12 niñas

Figura 5. Porcentaje de niños y niñas con alto nivel de Ansiedad Fisiológica

Al comparar las puntuaciones obtenidas con los baremos mexicanos puntuaciones uruguayas observamos que:

BAREMOS MEXICANOS			PUNTUACIONES URUGUAYAS		
Percentil	Puntuación bruta		Percentil	Puntuación bruta	
	Niños	Niñas		Niños	Niñas
0-25	0-3	0-2	0-25	0-1	0-3
26-75	4-7	3-6	25-75	2-5	4-6
76-100	8-10	7-10	75-100	6-10	7-10

Figura 6. Comparación de los Baremos Mexicanos con las puntuaciones uruguayas en Ansiedad Fisiológica

En este caso al comparar las puntuaciones obtenidas por los niños mexicanos que estos necesitan obtener un número más elevado de respuestas que reflejan este tipo de ansiedad (8) en comparación con los niños uruguayos de la misma edad que requieren puntuar "SI" en menos reactivos (6). Esto nos refleja que los niños mexicanos estan más expuestos a situaciones ansiosas que llevan a considerar que su comportamiento es ansioso así, para los mexicanos se considera un normal el tener 7 puntos en esta escala, mientras que para los uruguayos con 6 respuestas ya son considerados niños ansiosos.

Para el caso de las niñas no existe diferencia significativa entre evaluarlas con las puntuaciones mexicanas o uruguayas, por lo que es este rubro, se comportan de manera similar ambas poblaciones. Por otro lado en el caso de los niños, si es importante el

comparar a cada uno con los datos obtenidos para cada población, ya que un caso mexicano al ser calificado con las tablas uruguayas en el caso de puntuar 7 se diría que sí presenta conductas relacionadas a este tipo de ansiedad, pero al ser comparado con una muestra de su mismo país (mexicanos) encontramos que no estaría presentando ansiedad y que su comportamiento está dentro de la norma de los demás niños mexicanos.

En la subescala de **Inquietud/Hipersensibilidad** que se compone de 11 reactivos, que suelen contener la palabra "preocupación" o bien, sugieren que la persona es miedosa, nerviosa o de alguna manera hipersensible a las presiones ambientales. Una puntuación alta en esta subescala puede sugerir a un niño que internaliza gran parte de la ansiedad experimentada y por lo tanto puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad. En este rubro observamos que (9.7%) 10 niños presentan un alto nivel de inquietud, mientras que (6.7%) 7 niñas reportan altas conductas relacionadas con esta escala.

NIÑOS	NINAS
9.7%- 10 niños	6.7% 7 niñas

Figura 7. Porcentaje de niños y niñas con alto nivel de Inquietud/Hipersensibilidad

Al comparar las puntuaciones obtenidas con los baremos mexicanos con las puntuaciones uruguayas observamos que:

BAREMOS MEXICANOS			PUNTUACIONES URUGUAYAS		
Percentil	Puntuación bruta		Percentil	Puntuación bruta	
	Niños	Niñas		Niños	Niñas
0-25	0-5	0-4	0-25	0-3	0-2
26-75	6-9	5-7	25-75	4-6	3-8
76-100	10-11	8-11	75-100	7-11	9-11

Figura 8. Comparación de los Baremos Mexicanos con las puntuaciones uruguayas en Inquietud/Hipersensibilidad

Al igual que en la dos escalas anteriores encontramos que los niños mexicanos requieren tener puntuaciones más altas para considerar que su comportamiento sale de lo normal en cuanto a ansiedad. Así mientras que los niños mexicanos requieren de 10 para estar por

arriba de la norma, los niños uruguayos requieren de solo 7 puntos que definan su comportamiento como elevado en cuanto a inquietud/hipersensibilidad, por lo que podemos decir que los niños mexicanos están más expuestos a situaciones que desencadenen en conductas relacionadas con esta escala. Por otra parte al observar las variaciones en el comportamiento de las niñas mexicanas y uruguayas vemos en este caso que las niñas uruguayas requieren de un numero mayor de puntuaciones en esta escala (9) a diferencia de las mexicanas (8), por lo que en este caso las niñas uruguayas presentan un mayor número de conductas de Inquietud/hipersencibilidad.

Estas variaciones son importantes cuando nuestro objetivo es identificar si un niño mexicano presenta o no este tipo de ansiedad, ya que al compararlo con otras poblaciones los resultados no son en ocasiones los mas acertados.

La subescala de **Preocupaciones Sociales/Concentración** esta compuesta por 7 reactivos que expresan preocupaciones acerca de la autocomparación con otras personas o expresan cierta dificultad en la concentración. Aquí identificamos que del total de la población el 18.44% (19 niños), presentaron una elevada ansiedad relacionada con preocupaciones sociales, de los cuales el (7.7%) 8 niños y (10.6%) 11 niñas obtiene altas puntuaciones al respecto. En este caso se puede ver que las niñas presentan mayores conductas relacionadas con preocupaciones sociales y concentración en comparación con los niños mexicanos.

NIÑOS	NINAS
7.7% - 8 niños	10.6% -11 niñas

Figura 9. Porcentaje de niños y niñas con alto nivel de Preocupaciones Sociales / Concentración

Al comparar las puntuaciones obtenidas con los baremos mexicanos con las puntuaciones uruguayas observamos que:

BAREMOS MEXICANOS			PUNTUACIONES URUGUAYAS		
Percentil	Puntuación bruta		Percentil	Puntuación bruta	
	Niños	Niñas		Niños	Niñas
0-25	0-1	0-1	0-25	0	0
26-75	2-4	2-4	25-75	1-3	1-3
76-100	5-7	5-7	75-100	4-7	4-7

Figura 10 Comparación de los Baremos Mexicanos con las puntuaciones uruguayas en Preocupaciones Sociales / Concentración

En este aspecto vemos que tanto los niños como las niñas mexicanas presentan la misma puntuación (5) equivalente a un percentil de 75 que nos indica que la conducta esta por arriba de la norma y de igual modo en la población uruguaya tanto de niños como de niñas, donde su puntaje deberá ser de (4) para obtener un percentil de 75 y al hacer la comparación de ambos países vemos que tanto niños como niñas mexicanos pueden estar viviendo en un ambiente que propicie el desarrollo de conductas que incluyan preocupaciones sociales y falta de concentración por lo que mientras 4 conductas relacionadas con esta escala en Uruguay ya se consideran mas allá de la norma, en México son completamente normales.

Finalmente, en la subescala de **Mentira,** que se compone de 9 reactivos, que indican el hecho de que algunos niños pueden contestar de manera inexacta, o bien que pueden buscar idealizar su conducta. Una alta puntuación en mentira, expresa una necesidad excesiva de aceptación social. En este aspecto se identificó que el 16.51% (17 niños) de la población evaluada puntuó alto es este aspecto de los, cuales el 10.6% (11) fueron niñas 5.9% (6) fueron niños, lo que nos refleja que las niñas tienen mayor tendencia a mentir, o bien a buscar ser aceptadas socialmente, lo que puede estar generando que ellas busquen más conductas para lograrlo.

NIÑOS	NINAS
7.7% - niños	10.6% -11 niñas

Figura 10. Porcentaje de niños y niñas con alto nivel de Mentira

Al comparar las puntuaciones obtenidas con los baremos mexicanos con las puntuaciones uruguayas observamos que:

BAREMOS MEXICANOS			PUNTUACIONES URUGUAYAS		
Percentil	Puntuación bruta		Percentil	Puntuación bruta	
	Niños	Niñas		Niños	Niñas
0-25	0-3	0-4	0-25	0-3	0-2
26-75	4-6	5-7	25-75	4-6	3-6
76-100	7-9	8-9	75-100	7-9	7-9

Figura 11. Comparación de los Baremos Mexicanos con las puntuaciones uruguayas en Mentira

No existe variación entre las respuestas dadas por los niños mexicanos y los uruguayos, por lo que en lo que a la tendencia de mentir se refiere, ambas poblaciones se comportan igual, pero en el caso de las niñas si hay diferencia entre el comportamiento relacionado con mentir, donde para las niñas mexicanas es considerada como alto índice de mentira al obtener al menos 8 respuestas positivas en este aspecto, mientras que en la población uruguaya, con 7 respuestas ya es considerada un alto índice de mentira.

En lo referente a STAIC, al comparar los baremos mexicanos obtenidos para esta prueba esta prueba, con las puntuaciones de la población española, se encontró que en el caso de **Ansiedad de Estado,** para los niños:

BAREMOS MEXICANOS		PUNTUACIONES ESPAÑOLAS	
PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA	PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA
0-25	25-33	0-25	20-26
26-75	34-39	26-75	27-33
76-100	40-46	76-100	34-60

Figura 12. Comparación de los Baremos Mexicanos obtenidos, con las puntuaciones españolas en Ansiedad de Estado para los niños.

Con lo que se identifica que los niños mexicanos, requieren de mayor número de puntos (40) para que su comportamiento sea relacionado, con una elevada ansiedad de estado, mientras que los españoles solo requieren de 34, por lo que se idéntica que los niños mexicanos suelen estar más expuestos a situaciones que le lleven a presentar Ansiedad de

estado, además de que este comportamiento es considerado como normal hasta 39 puntos mientras que en la población española con 34 puntos ya están en un percentil de 75 por arriba de lo normal para una población.

En el caso de las niñas:

BAREMOS MEXICANOS		PUNTUACIONES ESPAÑOLAS	
PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA	PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA
0-25	25-34	0-25	20-25
26-75	35-39	26-75	26-32
76-100	40-46	76-100	33-60

Figura 13. Comparación de los Baremos Mexicanos obtenidos, con las puntuaciones españolas en Ansiedad de Estado para las niñas.

Aquí se identifica que las niñas mexicanas requieren de un mayor número de respuestas (40) afirmativas relacionadas con una alta ansiedad como estado, para que se considere que están pasando por un estado así, por otra parte las niñas españolas solo requieren de una puntuación mayor a 33 para que se considere que tienen una elevada ansiedad de estado, al igual que los niños viven en un ambiente que desencadenan conductas relacionadas con ansiedad de estado.

En cuanto a la ansiedad como rasgo de personalidad evaluada en la segunda parte de esta prueba y compuesta por 20 reactivos, encontramos en los varones que:

BAREMOS MEXICANOS		PUNTUACIONES ESPAÑOLAS	
PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA	PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA
0-25	27-33	0-25	20-28
26-75	34-43	26-75	29-38
76-100	44-58	76-100	40-60

Figura 14. Comparación de los Baremos Mexicanos obtenidos, con las puntuaciones españolas en Ansiedad como Rasgo para los niños.

Al realizar nuestro análisis estadístico con la población mexicana, que requieren obtener un puntaje de 44 o más y con un percentil de 76 ó más, para considerar que estos niños tienen un elevado repertorio de conductas que reflejan ansiedad como rasgo de su personalidad. Y que al compararlos con la población española, se identifica que, al igual que en la ansiedad

de estado, identificamos que estos niños reflejan el vivir en ambientes que desencadenan mayor numero de ansiedad como rasgo de personalidad en los niños.

Por otro lado en cuanto a la ansiedad como rasgo, la puntuación para las niñas, se identifica que:

BAREMOS MEXICANOS		PUNTUACIONES ESPAÑOLAS	
PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA	PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA
0-25	25-30	0-25	20-29
25-75	31-40	25-75	30-39
75-100	41-59	75-100	42-60

Figura 15. Comparación de los Baremos Mexicanos obtenidos, con las puntuaciones españolas en Ansiedad como Rasgo para las niñas.

Su puntuación deberá ser mayor a 41, para considerar que presentan un alto número de conductas relacionadas con ansiedad como rasgo de su personalidad, así también al comparar, a las niñas mexicanas, contra la población española, encontramos que: estas últimas deberán puntear 42 como mínimo, para considerar que tienen un alto número de conductas relacionadlas a la ansiedad como rasgo de su personalidad, así identificamos que a diferencia de las niñas españolas, las mexicanas, viven en situaciones que se reflejan en mayor ansiedad como personalidad en las niñas.

Finalmente al hacer la correlación entre ambas pruebas se utilizó, el coeficiente de correlación de Pearson que, San Martín (1987), explica como el índice estadístico que mide la relación lineal entre dos variables cuantitativas.
A diferencia de la covarianza, la correlación de Pearson es independiente de la escala de medida de las variables. El cálculo del coeficiente de correlación lineal se realiza dividiendo la covariancia por el producto de las desviaciones estándar de ambas variables:

$$r = \frac{\sum z_x z_y}{n-1}$$

Figura 16. Formula para calcular la correlación de variables

El valor del índice de correlación varía en el intervalo [-1 , +1]:

Si r = O, no existe ninguna correlación. El índice indica, por tanto, una independencia total entre
las dos variables, es decir, que la variación de una de ellas no influye en absoluto en el valor que pueda tomar la otra.

Si r = 1, existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en idéntica proporción.

Si O < r < 1, existe una correlación positiva.

Si r = -1, existe una correlación negativa perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en idéntica proporción.

Si -1 < r < O, existe una correlación negativa.

Con esto, al ver la tabla de correlación **(Anexos 7)** calculada a través del programa SPSS 10.0, identificamos que al ser el índice de Pearson = 1, tanto al correlacionar los resultados de ansiedad como estado de STAIC, con ansiedad total de CMAS-R, como en ansiedad de rasgo con ansiedad total, podemos decir que existe una correlación positiva perfecta ya que como se menciono, este índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en idéntica proporción.

Y esto se comprueba al comparar los resultados de ambas pruebas donde se observó que:

De los 103 niños y niñas evaluados con CMAS-R:

11.6 % (12 niños) fueron identificados con un alto nivel de ansiedad 10.67% (11 niñas) fueron identificados con un alto nivel de ansiedad
Y estos mismos al se evaluados con STAIC:

11.6% (12 niños) reportaron sentimientos y conductas relacionadas con un estado alto de ansiedad A-E.

10.67% (11 niñas) reportaron sentimientos y conductas relacionadas con un estado alto de ansiedad A-E.

15.53% (16 niños) reportaron presentar conductas relacionadas con; altos niveles de ansiedad como rasgo de su personalidad A-R.

9.7% (10 niñas) reportaron presentar conductas relacionadas con altos niveles de ansiedad como rasgo de su personalidad A-R.

Estos datos como lo señalamos anteriormente nos comprueban, la estrecha relación que existe entre las variables (conductas) evaluadas por ambas pruebas, con lo que se confirma su correlación y se puede decir que; aunque ambas pruebas tiene enfoque teóricos diferentes, si miden ambas conductas relacionadas con la ansiedad.

Hasta aquí se ha hecho una descripción de los resultados obtenidos en la presente investigación, en los cuales pudimos percibir, principalmente las diferencias entre la población mexicana y las que teníamos como referencia (uruguaya y española), se obtuvieron los baremos que se requerían para nuestra población, además de que se comprobó la correlación entre ambas pruebas. Con lo que aumenta nuestra confianza y el uso de ambas pruebas, y lograr un diagnostico confiable.

Por ultimo en nuestro siguiente capítulo se abordaran algunas alternativas de tratamiento, en casos de ansiedad, a fin de dar al lector mas, herramientas en el conocimiento, diagnostico y tratamiento de esta problemática.

CAPÍTULO 4
ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD INFANTIL

A lo largo de este reporte de investigación hemos venido hablando acerca de qué es la ansiedad y cómo se manifiesta en los niños, además de cómo detectarla a través del proceso de evaluación psicológica y específicamente de las pruebas STAIC y CMAS-R, por ultimo en este capítulo abarcamos una variedad de enfoques de tratamiento de la ansiedad en niños.

En el caso de los niños, los enfoques de tratamiento tienen igual diversidad y, en general, son un tanto similares, a los tratamientos específicos para pacientes adultos. Sin embargo, la terapia infantil presenta algunas diferencias por, al menos, dos razones, esto es, que los niños no se canalizan solos al tratamiento, ni poseen la misma capacidad de introspección y para hablar de sí mismos que la mayoría de los adultos. Sin embargo, en un análisis de 75 estudios, Casey y Berman (1985) encontraron que los resultados de la terapia para los niños eran similares a los de los adultos: los niños bajo tratamiento lograron resultados que eran mejores en aproximadamente dos tercios de una desviación estándar por encima de los que no recibieron tratamiento. De manera similar, una revisión de 108 estudios reveló que los jóvenes bajo tratamiento tenían mejor adaptación después del mismo, que 79% de aquellos que no lo recibieron (Weisz, Weiss, Alickey Klotz; 1987). Por último, Kazdin (1988) nos ha proporcionado algunas sugerencias convincentes de investigación para identificar mejor los tratamientos más efectivos para niños (Phares, 1 996)

A continuación se describen algunos tipos:

4.1 Terapia con orientación psicoanalítica

Es poco probable que los niños comprendan o puedan acatar los requisitos estrictos de un análisis ortodoxo de la misma manera en que lo hacen los adultos. En general, no pueden tratar con la naturaleza sumamente verbal, abstracta e introspectiva del proceso. Además, con frecuencia los niños que tienen un yo particularmente débil, o que viven en hogares muy amenazantes, con padres que les otorgan escaso apoyo, no son buenos candidatos para los procedimientos psicoanalíticos. Pero con algunos niños se han aplicado de manera amplia

enfoques psicoanalíticos modificados. Mientras que Anna Freud (1946) consideraba que los niños deben lograr un *insight o* discernimiento en la terapia acerca de sus sentimientos y mecanismos de defensa perturbados, otros analistas menos tradicionales han procedido de manera diferente (Turna, 1989). En general, se reduce la frecuencia de las reuniones a 1 o 2 veces por semana y el enfoque se orienta más hacia los síntomas y está planeado, por ejemplo, para enseñarle al niño que ciertas conductas son en realidad defensas contra la ansiedad. Todo esto puede ayudar al niño a superar una determinada etapa del desarrollo, más que para "curar" una fijación. En general, las diferencias en enfoques son más de grado que de especie, por ejemplo, se pueden inducir fantasías diurnas más que sueños nocturnos, o como se verá en te siguiente sección, una de sus más notables diferencias es que se puede utilizar el juego, en lugar de la verbalización directa, como vehículo de comunicación (Phares, 1996)

4.2 Terapia de juego

Antes que emplear los sueños o las asociaciones libres, algunos terapeutas han elegido el estudio de la vida psíquica del niño por medio del juego ya sea éste de una modalidad libre o estructurada. Se lleva al niño al cuarto de juego donde se encuentra presente una variedad de materiales, tales como una caja arena, arcilla, títeres, muñecas y juguetes de todo tipo. La manera en que los niños juegan, los objetos que eligen y la naturaleza de sus verbalizaciones en tanto juegan, pueden ser reveladores, catárticos y terapéuticos. En ocasiones el terapeuta entra en el juego y hace comentarios o sugerencias, o guía de alguna otra manera al niño hacia ciertos problemas o áreas de conflicto. La naturaleza del juego infantil puede comunicar cómo se relacionan los niños con otras figuras significativas en sus vidas, cómo manejan sus ansiedades y así sucesivamente. En esencia, el juego se vuelve un sustituto para las verbalizaciones. Un ejemplo de esto se puede encontrar en el enfoque de Salomón (1955). En este tipo de terapia se lleva al niño a una habitación con una mesa, sobre la cual se encuentra colocado un conjunto de muñecos, El terapeuta selecciona uno y después le pregunta al niño qué hacer con él. En ocasiones, los muñecos se distribuyen para representar a la familia del niño. En tanto el niño acomoda los muñecos y juega, el terapeuta interpreta lo que él hace, lo cual facilita la expresión de sentimientos por parte del

niño. En el proceso se pueden expresar las experiencias familiares concretas, los deseos e, inclusive, los impulsos inconscientes. Pero, en general, la terapia de juego se ha convertido en un conjunto más bien amorfo y ecléctico de técnicas y procedimientos (Phares 1996).

4.3 Terapia conductual

Estas técnicas han tomado el lugar de los métodos psicodinámicos como el tratamiento de elección para los problemas de la infancia. Siempre ha parecido evidente que los problemas de los niños son el resultado directo de factores ambientales o de las personas que tenían el control de diversos aspectos de sus vidas. Ya fueran los principios respondientes (la conducta se adquiere mediante el condicionamiento clásico) o los operantes (la conducta se conserva por sus efectos), ambos parecían idealmente adecuados para explicar muchas de las conductas de la infancia. Además, los padres y maestros por igual pueden aplicar con facilidad esos principios como parte del plan terapéutico. La mayoría de estos procedimientos, ya sea la desensibilización sistemática, la terapia aversiva o las técnicas de manejo de contingencias, son sumamente eficientes en comparación con los métodos más antiguos y tradicionales. Los cambios que alguna vez tomaron meses o inclusive años, se podían lograr en 20 o 25 sesiones. Se puede entrenar a los padres y maestros, con el objetivo de mejorar la efectividad de las técnicas, y para ayudar a asegurar que los cambios se generalicen fuera del consultorio del terapeuta.

Por supuesto, ninguna de estas técnicas es perfecta. No siempre funcionan bien en el caso de problemas generalizados de depresión y de ansiedad. De la misma manera, en ocasiones existen dificultades para obtener mejorías que se generalicen de un ambiente a otro, y, como han sabido por largo tiempo los terapeutas con orientación psicodinámica, puede ser difícil conseguir mejorías en un niño sin el apoyo y ayuda activos de los padres; esta ayuda no siempre se obtiene (Phares 1996).

4.4 Pediatría conductual

Los psicólogos clínicos infantiles y los psicólogos pediátricos también pueden contribuir en gran medida al control del niño durante su estancia en el hospital Yule, 1989 (citado en Phares 1996) . Esto incluye ayudar a preparar a los niños para procedimientos médicos

particulares, y asistir al niño y a la familia en el posterior enfrentamiento de sus problemas médicos. Las técnicas que se emplean aquí van desde el ensayo conductual y la inoculación de estrés, hasta diversos métodos de reevaluación cognoscitiva. Ya sea que el problema sea un simple miedo a las jeringas o el estrés y dolor asociados con el cambio repetido de vendajes en el caso de pacientes con quemaduras, los métodos conductuales pueden ser útiles. El control del dolor y de las jaquecas, al igual que asegurar el acatamiento de los regímenes médicos, son también ramas importantes de la pediatría conductual.

4.5 Terapia cognoscitíva-conductual

En años recientes, la terapia cognoscitíva-conductual se ha aplicado cada vez más a problemas como impulsividad, hiperactividad y trastornos conductuales (Johnson, Rasbury y Siegel, 1986, citados en Phares 1996). La idea básica consiste en perfeccionar la solución de problemas e incrementar la planificación y demorar la gratificación. Por medio de evaluaciones y autoaseveraciones, se enseña a los niños a controlar de manera racional su conducta inaceptable. El vehículo mediante el cual se logra esto es la alteración de las cogniciones.

4.6 El reforzamiento positivo

Más que una técnica, es un complemento de todas las terapias ya que está presente en cualquier tipo de intervención terapéutica. La colaboración de los padres y profesores, según los casos, es fundamental en la aplicación de las técnicas terapéuticas. Ello requiere una preparación específica a los mismos por parte del terapeuta. No hay que olvidar que los trastornos de conducta en la infancia suelen ser en ocasiones muy situacionales y, por ello, manifestarse sólo en la escuela o sólo en casa. Así mismo el tratamiento es más efectivo cuando se lleva a cabo en el contexto natural del niño y no en el ambiente artificial de la consulta terapeuta (Echeburúa, 1998) Dicho reforzamiento consiste en estimular (reforzar) las conductas que se desean en el niño, por medio de estímulos sociales (palabras que lo hagan sentir bien, un abrazo, un beso) o estímulos tangibles (una estampa, una estrella, dulces o un regalo)

4.7 El Modelado

Este procedimiento se basa en los principios del aprendizaje observacional y se presume que un niño aprende a ser menos ansioso y temeroso si observa que otros se enfrentan con la situación o manipulan el objeto sin temor. Por ejemplo, un niño que tiene dificultades para hablar frente al aula, primero observara a otro niño en su grupo de terapia, utilizando técnicas psicodramáticas, dar una corta charla o lección, luego lo hará el mismo, a modo de ensayo, mientras recibe una retroalimentación o críticas constructivas de los integrantes del grupo y luego intentará hacerlo en una situación real.

Por otra parte estas técnicas de modelado están fundamentadas en el papel tan importante que desempeña en el aprendizaje, facilitación y modificación de conductas la observación en un modelo de comportamientos adecuados por parte de un observador.

Estás técnicas se pueden presentar con 4 variantes diferentes: modelados sin modelo en vivo (el modelado simbólico y el modelado encubierto) y modelados en vivo (el modelado no participante y el modelado participante). Los modelos utilizados en la terapia de los trastornos de ansiedad en la infancia tienden a ser niños de una edad similar a la de los sujetos sometidos a tratamiento.

El modelado simbólico. En el caso de los niños ansiosos o fóbicos tiende a observar en vídeos o películas a otros niños que interactúan con los estímulos a los que él le teme y que, lejos de experimentar reacciones de miedo, disfrutan con las interacciones presentadas en la pantalla. En algunos casos este tipo de modelado puede presentarse por medio de cuentos o narraciones, si bien, en general, tienen una influencia inferior a la de las imágenes visuales.

El modelado encubierto. En este caso el niño debe imaginar, en primer lugar, una serie de escenas generadoras de ansiedad. A continuación, el niño se representa mentalmente a un modelo poderoso para él, llevando a cabo las conductas temidas por el niño. Por último en la imaginación del niño aparecen el modelo y el niño mismo realizando conjuntamente las tareas ansiógenas. Se trata por tanto, de una mezcla de modelado encubierto y de ensayo de conducta encubierto.

Esta técnica es sugerente, por otra parte cabe señalar que las técnicas basadas en la imaginación no son recomendables en niños menores de 11 años porque el alcance terapéutico en estos casos es considerablemente menor (Echeburúa, 1998).

El modelado no participante; en este caso el niño observa en vivo a otro niño que se enfrenta a los estímulos temidos por el primero sin experimentar consecuencias negativas. Desde la perspectiva del aprendizaje observacional, se trata de una técnica interesante. No obstante, en la clínica resulta poco eficaz como técnica aislada, ya que una cosa es ver lo que hacen y lo que les pasa a otros y otra muy distinta implicarse uno mismo en las situaciones temidas.

Modelado participante; se considera el modelado más interesante ya que el modelo (habitualmente el terapeuta), que interactúa en todo momento con el observador, realiza tareas progresivamente más ansiógenas para el observador e incita a éste para que las repita, con la guía física y el refuerzo social del modelo en las acciones de aproximación a la conducta - objetivo.

Las técnicas de modelado no participante o sin modelos en vivo pueden ser de utilidad en la eliminación de los miedos infantiles comunes. Sin embargo, en la reducción de las fobias sólo ofrece un interés clínico el modelado participante, que, en realidad, se puede reconceptualizar como una técnica de exposición con ayudas adicionales (modelado, guía física y reforzamiento sistemático).

Desde una perspectiva preventiva, el modelado simbólico puede desempeñar un papel importante en la preparación ante situaciones planificadas que pueden ser causa de ansiedad (hospitalización, intervenciones quirúrgicas, etc.) o ante la inhibición en las relaciones sociales (Bragado, 1992; citado en Echeburúa, 1998)

4.8 Técnicas de exposición

La exposición a los estímulos fóbicos constituye el tratamiento psicológico más eficaz actualmente disponible para hacer frente a las conductas de evitación en los trastornos fóbicos. Dicha exposición puede hacerse en imaginación o en vivo, sin embargo la técnica de imaginación no suele aplicarse en niños ya que en ocasiones es difícil que ellos logren imaginar con todos los componentes fóbicos el estimulo que desencadena la fobia. La técnica de exposición en vivo, se trata, en concreto, de exponer al paciente a los estímulos temidos (ensuciarse, dejar su habitación desordenada, etc.) y de impedir, a continuación, las conductas rituales (lavarse las manos, ordenarlo todo, etc). El cambio de expectativas respecto a la no ejecución de los rituales tras la exposición a los estímulos temidos suele llevar a la extinción de tales rituales. En el último término, los estímulos que desencadenan los rituales llegan a disociarse de éstos y, por tanto, los rituales tienden a extinguirse. Desde la perspectiva de la eficacia terapéutica y del control de las recaídas, la práctica adecuada de este procedimiento requiere la aplicación conjunta de la exposición y de la prevención de respuesta. Es decir la aplicación de la técnica tiene lugar en el medio natural del niño. La prevención de respuesta, a fin de notar de mayor naturalidad la técnica, suele aplicarse cuando el niño tiene los estímulos temidos en la vida cotidiana. El grado de colaboración y el mantenimiento de los logros terapéuticos son mayores en estas circunstancias (Bragado; 1993 citado en Echeburúa, 1998).

La prevención de respuesta prolonga la exposición a los estímulos contaminantes que, a su vez, reduce la ansiedad y permite al paciente establecer unas técnicas derramamiento distintas de los rituales ante los acontecimientos estresantes diarios. Mientras la exposición actúa principalmente frente a la ansiedad inducida por ciertos estímulos (objetos contaminantes), la prevención de respuesta desempeña un papel más importante en la desaparición de la conducta ritualista (Foa y Wilson, 1992;citado en Echeburúa 1998).

Los resultados obtenidos hasta la fecha con esta técnica, si bien son escasos los estudios en el ámbito infantil, hacen recomendable la utilización de esta técnica en el tratamiento obsesivo compulsivo en la infancia y la adolescencia (Echeburúa 1998).

4.9 Relajación

La relajación puede ser un medio muy adecuado para reducir la tensión crónica y para controlar las respuestas de activación del organismo. No hay que olvidar que la tensión muscular es causa de sensaciones molestas, como el dolor de cabeza y la irritabilidad, y que estas sensaciones producen fatiga y llevan a aumentar el grado de preocupación del - A niño. Es una técnica adecuada para el control de la ansiedad inespecífica, es una estrategia de afrontamiento para hacer frente a los estímulos y situaciones suscitadotes de ansiedad. Las técnicas de relajación progresiva adaptada para niños menores de 8 años se presentan en el siguiente ejemplo Adaptación del programa de relajación progresiva á niños menores de 8 años de Cautela y Groden, (1985), citado en Echeburrúa, 1998.

1. *Las* sesiones tienen lugar en un sitio tranquilo y deben ser diarias y, si es posible, más de una al día a fin de fortalecer el aprendizaje. Asimismo, deben ser cortas (en torno a 15 minutos) causa de la fatiga y demás problemas atencionales de los niños

2. Se modifica la secuencia. Los niños aprenden a tensar y relajar sólo grandes áreas motoras, como los brazos y las piernas, antes que las zonas más dificultosas, como la frente.

3. Las instrucciones utilizadas son más simples y cortas. Es necesario tocar y acariciar más al niño

4. Generalmente se necesita más de una sesión para enseñar todos los grupos musculares. Se echa mano de los procedimientos de modelado y se utilizan asimismo a veces ayudas, como juguetes de trapo, silbatos, muñecos, etc.

5. En ocasiones es preciso utilizar procedimientos graduales de moldeamiento y extinción. Los niños requieren en general mayores guías para utilizar la relajación como una técnica de autocontrol.

6. A veces se necesitan de reforzadores concretos, como comida, actividades gratificantes, etc., y reforzadores sociales, como sonrisas, caricias, halagos, etc.

Este tipo de relajación progresiva adaptada parece un procedimiento adecuado de tratamiento en el caso de la ansiedad inespecífica en los niños. La clave de la eficacia de esta radica en la aplicación sistemática de la misma a modo de un hábito automatizado. La relajación puede ser potenciada con algunas técnicas de control cognitivo, como evocación de imágenes placenteras o de autoinstrucciones positivas (en niños i mayores). Un programa integrado de este tipo, junto con el entrenamiento en habilidades sociales, ha sido descrito por Strauss (1988); citado en Echeburúa 1998 en el tratamiento de la ansiedad excesiva.

Las preocupaciones de un niño pueden derivar del modo no siempre correcto, en que percibe la realidad y de los recursos que cree disponibles para afrontarla. Los pensamientos generados pueden guiar la conducta e incluso las emociones del niño. Si están distorsionados, pueden dar lugar a pensamientos negativistas que están muy a menudo presentes en los niños aquejados de trastornos de ansiedad. Por lo tanto en algunos casos, es preciso modificar dichos pensamientos y sustituirlos por otros más adaptativos; en otrosjcrtHteaiv utilizar las autoverbalizaciones adecuadas como guías para la exposición a las situaciones temidas.

4.10 Autoinstrucciones

Constituyen la técnica cognitiva más utilizada en los trastornos de ansiedad infantiles. El objetivo de este procedimiento es modificar el externos, facilita las respuestas de evitación o de escape Meichenbaum, citado en Echeburrúa 1998.

El procedimiento en esta técnica no es sino el proceso de enseñar a los niños a hablarse a sí mismos de otra manera. Las autoinstrucciones, que actúan como una anticipación de consecuencias agradables, funcionan como un plan que un sujeto diseña para conseguir un

objetivo. El resultado es el refuerzo positivo o una rectificación de la estrategia utilizada, en caso de que se haya afrontado la situación sin escaparse de ella y la conducta haya sido parcialmente inadecuada. Las autoinstrucciones son un método adecuado como guía previa para la conducta adecuada. Desde esta perspectiva, esta técnica tiende a utilizarse conjuntamente con la exposición o la práctica reforzada en el tratamiento de las conductas de evitación (moreno, Blanco y Rodríguez, 1992; citados en Echeburrúa 1998.

4.11 Terapia familiar

Muchos de los enfoques de la terapia familiar se pueden aplicar a los problemas de los niños. Es claro que muchos de estos problemas se aprenden e, incluso, se nutren dentro del entorno familiar^ Para remediarlos, con frecuencia se necesita la cooperación y comprensión de la unidad familiar, B¿esto que la familia controla a los niños y en muchos sentidos éstos son el producto de' aquélla, a menudo sólo tiene sentido tratar a la familia completa (Phares 1996).

4.12 Tratamiento psícofarmacológico

En la mayoría de los casos, los tratamientos farmacológicos se consideran sólo como accesorios
al tratamiento psicosocial del niño (Campbell, Cohén, Perry y Small, 1989). Los fármacos para controlar la ansiedad o la depresión no se utilizan de manera generalizada con niños (Campbell, Oreen y Deutsch, 1985). De hecho, los fármacos que se utilizan con más frecuencia son aquellos que controlan la llamada hiperactividad (Phares, 1996).

Aun con esto, cierto número de psicotrópicos (antidepresivos, benzodiacepinas, neurolépticos y antihistamínicos) son preescritos a los niños que padecen trastornos ansiosos, se pueden considerar dos indicaciones fundamentales en los síndromes ansiosos escolares: las fobias sociales y los trastornos obsesivo-compulsivos (Jalanques y cols. 1994)

Farmacoterapia en fobia escolar

Jalanques y cols. (l994) los muestran el trabajo de Klein (1964) quien certifico la capacidad de la imipramina para reducir las crisis de angustia en los adultos con agarofobia, él observó que una gran parte de sus pacientes tenían antecedentes de angustia por diálogo interno de niños, para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea o situación. En general, esta técnica es de interés cuando lo que la persona se dice a sí misma interfiere para comportarse de manera adecuada en una situación. La anticipación de consecuencias desagradables, acompañada de una atención selectiva a estímulos internos de ansiedad y a estímulos aversivos en la infancia, por lo que estableció la hipótesis de que la crisis de angustia era una variable patológica de la angustia por separación normal, y ya que la imipramina atenuaba las crisis de angustia, ésta también podría ayudar a los individuos que padecían angustia por separación. Llevando cabo un ensayo sobre 44 niños de una edad media de 10 años y 7 meses, que no iban a la escuela desde hacia 2 semanas o bien lo hacían de forma esporádica y cuyos trastornos no habían mejorado mediante la intervención de un equipo pluridisciplinario, 19 niños recibieron imipramina por un periodo de 6 semanas a una dosis media de 159 mg. por día y 25 niños recibieron un placebo, Klein observo una mejoría importante entre los niños tratados con imipramina, 90% de ellos reportaron haber sentido alivio y sentimiento de bienestar y el 81% habían regresado a la escuela en un periodo de 6 semanas, entre los niños que recibieron el placebo sólo un 27% reporto haber sentido mejoría y el 47% volvió de nuevo a la escuela (Jalanques y cols.,1994)

De cualquier manera aun que la imiparamina puede facilitar el retorno escolar modificando el nivel de angustia, por si sola no puede asegurar el retorno escolar y la curación, ya que esta sólo ha sido estudiada junto a un apoyo psicológico del niño y su familia, es evidente que el retorno a la escuela depende de múltiples factores (actitud de los padres, de los profesores y del resto de los niños), sobre los cuales la farmacoterapia no actúa, así que ésta por si sola no puede contribuir al tratamiento de una fobia escolar Villard y cois., 1980 citado en Jalanques y cols. 1994

CONCLUSION

Con base en los resultados obtenidos a través de esta investigación se logro obtener baremos mexicanos para las pruebas psicométricas STAIC y CMAS-R, para niños y niñas mexicanos con edades entre 8 y 9 años, mismas que resultan una útil herramienta a través de la cual el psicólogo puede apoyarse cuando su objetivo es averiguar si un niño que se ubique en el rango de edad investigado, presenta o no ansiedad, además de evaluar el grado de la misma, con parámetros de comparación confiables para la población mexicana.

Con esto nuestro estudio muestra su importancia ya que al utilizar los baremos obtenidos en cualquiera de las áreas en las que al psicólogo le interese conocer el estado ansioso en el niño, éste puede estar seguro de que su evaluación resultará más confiable y veraz, ya que ésta comparando el comportamiento de dicho niño con valores confiables de niños con caracteristicas semejantes a las suyas.

Esto porque al analizar los resultados obtenidos por nuestra población encontramos que los niños mexicanos suelen tener un estado mayor de ansiedad en comparación con la población uruguaya y española analizada por Richmond y Reynolds, y Spilberg, respectivamente, y que este estado de ansiedad que sería elebado en estas poblaciones para los mexicanos es normal, lo que puede deberse a la diversidad en los estilos de vida y crianza de las poblaciones comparadas.

Además es importante señalar que la población evaluada habita en una zona urbana, con un estilo de vida acelerado, misma situación que podría estar desencadenando el comportamiento de ansioso de la población.

Así esta investigación deja importantes resultados en el área clínica al dar una herramienta más al psicólogo clínico y en el área educativa al dar respuesta a las necesidades de evaluación y tratamiento a niños de edad escolar que presenten dificultades en su educación por causas relacionadas a la ansiedad.

Finalmente al revisar los resultados de la correlación entre ambas pruebas se encontró que esta correlación es positiva, por lo que se concluye que ambas pruebas miden conductas relacionadas con estados de ansiedad y ambas son confiables cuando nuestro propósito es evaluar dichos estados en niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aragón, B. L. (2004, Diciembre). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicologica. (58 parrafos). Revista electronica de psicología Iztacala. (En red) Disponible en : http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/ principal.html.

Buela, J.(2002). "Psicopatología en niños y adolescentes" España. Ed. Psicología Piramide

Buela, C. G. (2002). "El niño impulsivo". España. Ed. Pirámide

Cia. A. (2003). "La ansiedad y sus trastornos: Manual didáctico y terapéutico" Argentina. Ed. Polemos.

Clarizio, H.F., Mc. Coy, F. (1998). "Trastornos de la conducta en el niño" México. Ed. Manual Moderno.

Diaz, V. L., Hernandez. (1982). "La ansiedad en la infancia" España. Ed. Morata.

Echeburrua, Ordriozola, E. (1997). "Trastornos de la ansiedad en la infancia" España. Ed. Pirámide.

Echeburrua, Ordriozola, E. (1998). "Avances en el tratamiento psicologico de los trastornos de ansiedad". España. Ed. Pirámide.

Gandara, Fuentes. (1999). “Angustia y ansiedad: Causas, síntomas y tratamiento”. España. Ed. Pirámide.

Joseph, Tomas. (2001). “Psicosomática: bulimia, obesidad y otros trastornos de la conducta en la infancia.” España. Ed. Alertes.

Nava Q. C., Vega, V. Z. (2004). Psicometría y sus origenes darvinianos. (52 parrafos) Revistaelectrónica de psicología Iztacala. (En red). Disponible en: http:// www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/ Principal.html.

Parmele, Dean. (1997), “Psiquiatria del niño y el adolescente”. . España Ed. Harcourt Bronce.

Peurifoy, R. Z. (2004). “Como vencer la ansiedad: Un programa revolucionario Para eliminarla definitivamente”. España. Descleé de Broker.

Phares, J. (1996). “Psicología clinica: conceptos, metodos y practica”. México. Ed. Manual Moderno.

Reynolds y Richmond, (1997). “Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada. CMAS-R manual”. México. Manual Moderno.

San Martin, R., Espinoza, L. y Fernandez, L. (1987), “Psicoestadistica Estimación y contraste”. Madrid. Ed. Pirámide.

Spilberger, C. (1972), “Cuestrionario de autoevaluación ansiedad estado, Rasgo en niños STAIC.” Madrid. TEA

Wolf, S. (1991), “Trastornos psiquiatricos en el niño, causas y Tratamiento”. España. Ed. Siglo XXI

ANEXOS

ANEXO 1

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
8. Siempre soy amable	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
12. Siempre me porto bien	Sí	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a)	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
18. Soy muy sentimental	Sí	No
19. Me sudan las manos	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21. Me canso mucho	Sí	No
22. Me preocupa el futuro	Sí	No
23. Los demás son más felices que yo	Sí	No
24. Siempre digo la verdad	Sí	No
25. Tengo pesadillas	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Sí	No
28. Nunca me enojo	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
34. Soy muy nervioso(a)	Sí	No
35. Muchas personas están contra mí	Sí	No
36. Nunca digo mentiras	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No

FORMATO DE LLENADO PRUEBA CMAS-R

ANEXO 2

PRIMERA PARTE

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15 Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

VUELVE LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE

	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

FORMATO DE LLENADO PRUEBA STAIC

ANEXO 3

ANSIEDAD TOTAL PARA NIÑOS DE 8 AÑOS	
PUNTUACIÓN NATURAL	PERCENTIL
0	1
1	1
2	3
3	3
4	4
5	11
6	13
7	16
8	17
9	20
10	26
11	34
12	41
13	49
14	57
15	64
16	70
17	77
18	85
19	89
20	92
21	94
22	96
23	97
24	98
25	99
26	99
27	99
28	99
FISIOLOGICA	
0	0
1	13
2	20
3	28
4	39
5	47
6	66
7	79
8	85
9	90
10	96

INQUIETUD / HIPERSENCIBILIDAD	
0	1
1	4
2	6
3	13
4	19
5	30
6	49
7	66
8	79
9	88
10	94
11	98
PREOCUPACIONES SOCIALES	
0	1
1	21
2	32
3	47
4	71
5	85
6	94
7	98
MENTIRA	
0	1
1	4
2	9
3	11
4	22
5	36
6	49
7	68
8	88
9	96

BAREMOS MEXICANOS PARA LA PRUEBA CMAS-R PARA NIÑOS DE 8 AÑOS

ANEXO 4

ANSIEDAD TOTAL PARA NIÑAS DE 8 AÑOS	
PUNTUACIÓN NATURAL	PERCENTIL
0	-
1	-
2	-
3	1
4	4
5	9
6	10
7	11
8	12
9	13
10	14
11	19
12	25
13	31
14	42
15	50
16	54
17	56
18	63
19	71
20	75
21	79
22	85
23	88
24	94
25	98
26	-
27	-
28	-
FISIOLOGICA	
0	1
1	6
2	8
3	15
4	27
5	38
6	54
7	63
8	77
9	92
10	98

INQUIETUD / HIPERSENCIBILIDAD	
0	-
1	-
2	1
3	11
4	15
5	23
6	25
7	36
8	54
9	73
10	86
11	94
PREOCUPACIONES SOCIALES	
0	1
1	9
2	25
3	42
4	56
5	80
6	94
7	98
MENTIRA	
0	1
1	4
2	7
3	11
4	25
5	36
6	54
7	79
8	90
9	98

BAREMOS MEXICANOS PARA LA PRUEBA CMAS-R PARA NIÑAS DE 8 AÑOS

ANEXO 5

PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA ANSIEDAD-RASGO NIÑOS	PUNTUACIÓN BRUTA ANSIEDAD-RASGO NIÑAS
1	25	27
4	-	28
5	26	-
6	-	29
9	27	-
10	-	30
12	-	31
13	28	-
14	-	32
17	29	-
22	30	33
25	-	34
29	31	35
30	33	-
31	-	36
35	-	37
37	34	-
	-	38
41	35	-
44	36	-
47	-	39
52	37	-
54	38	-
57	39	40
61	-	41
63	40	-
67	-	42
74	41	43
78	-	44
79	42	-
82	-	45
85	43	46
87	-	47
89	44	-
90	-	48
92	-	49
93	45	50
94	-	51
95	47	-
96	52	-
97	56	54
98	58	57
99	59	-
100	59	58

BAREMOS MEXICANOS PARA LA PRUEBA STAIC EN ANSIEDAD DE RASGO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 8 AÑOS

ANEXO 6

PERCENTIL	PUNTUACIÓN BRUTA ANSIEDAD-RASGO NIÑOS	PUNTUACIÓN BRUTA ANSIEDAD-RASGO NIÑAS
1	25	27
3	26	-
4	27	28
5	-	29
6	28	31
7	29	-
8	31	-
9	32	-
10	33	32
15	34	
16	-	33
24	35	-
		34
31	36	-
		35
42	37	-
43	-	36
47	-	37
53	-	38
54	38	-
68	39	39
77	40	40
86	-	41
87	41	-
89	42	-
91	-	42
92	43	-
93	-	43
94	-	44
97	44	-
98	46	-
99	46	-
100	-	44

BAREMOS MEXICANOS PARA LA PRUEBA STAIC EN ANSIEDAD DE RASGO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 8 AÑOS

ANEXO 7

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD TOTAL DE CMAS-R Y ANSIEDAD DE ESTADO DE STAIC

Correlations			
		Ansiedad Total	Total Estado
Total Estado	Pearson Correlation	0.230616564	1
	Sig (2-tailed)	0.019097474	
	N	103	103
Ansiedad Total	Pearson Correlation	1	0.230616564
	Sig (2-tailed)		0.019097474
	N	103	103

* Correlation is significant at the 0.05 level (2- tailed)

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD TOTAL DE CMAS-R Y ANSIEDAD COMO RASGO DE STAIC

Correlations			
		Ansiedad Total	Total Rasgo
Ansiedad Total	Pearson Correlation	1	0.56492467
	Sig (2-tailed)		5.09986
	N	103	103
Total Rasgo	Pearson Correlation	0.56492467	1
	Sig (2-tailed)	5.09986	
	N	103	103

** Correlation is significant at the 0.01 level (2- tailed)